ОГЛАВЛЕНИЕ

.

СПИСОК АВТОРОВ

1. **Александрова Нина Викторовна,** ассистент кафедры детской психиатрии и психотерапии СПбМАПО
2. **Билецкая Марина Петровна,** аспирант кафедры детской психиатрии и психотерапии СПбМАПО
3. **Васильева Нина Леонидовна,** кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной адаптации и психологической коррекции личности СПбГУ, президент общества детского психоанализа
4. **Вахарловский Виктор Глебович,** кандидат медицинских наук, врач-невропатолог, врач-генетик лаборатории пренатальной диагностики наследственных и врожденных заболеваний НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН
5. **Добряков Игорь Валерьевич,** кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской психиатрии и психотерапии СПбМАПО
6. **Егоров Алексей Юрьевич,** доктор медицинских наук, профессор кафедры специальной психологии факультета психологии СПбГУ, заведующий кафедрой клинико-физиологических дисциплин Института специальной педагогики и психологии
7. **Кисин Михаил Яковлевич,** кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом медицинской психологии и психосоматической медицины СПбГМУ им. И. П. Павлова, заведующий Городским эпилептологическим центром
8. **Кулаков Сергей Александрович,** доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии РГПУ им. А. И. Герцена
   *
9. **Макаров Игорь Владимирович,** кандидат медицинских наук, доцент, зам. гл. врача Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия»
10. **Макарова Ольга Фридмановна,** зав. отделением психотерапии реабилитационного центра «Детские Дюны»
11. **Никольская Ирина Михайловна,** доктор психологических наук, профессор кафедры детской психиатрии и психотерапии СПбМАПО, президент региональной общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков»
12. **Рубина Людмила Павловна,** заслуженный врач РФ, главный врач ЦВЛ «Детская психиатрия», главный психиатр Комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга

13. **Чаева Светлана Ивановна,** кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологической помощи РГПУ им. Герцена
14. **Эйдемиллер Эдмонд Георгиевич,** профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии СПбМАПО, почетный президент региональной общественной организации «Психическое здоровье детей и подростков»
15. **Юстицкис Викторас,** доктор юридических наук, профессор Академии Права (г. Вильнюс, Литва)

— Ученый отвечает всю жизнь па вопрос ЧТО.
— Художник всю жизнь отвечает на вопрос КАК.
Из разговора И. Бродского и В. Кривулина (1962)

— Если бы я был в те годы психотерапевтом, а не студентом Ленинградского педиатрического меди цинского института, то, слушая их разговор, ска зал бы, что психотерапия и психиатрия — это от веты на вопросы ЧТО и КАК.
Э. Эйдемиллер (2002)

— Кто был ребенком и сохранил его в себе, тот знает, что такое жизнь.
Мудрость дзэн

ВВЕДЕНИЕ. ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ В СОВРЕМЕННОМ КУЛЬТУРНОМ КОНТЕКСТЕ РОССИИ И МИРА

В настоящее время психиатрия и психотерапия — это те виды духовной практики, которые, с одной стороны, наиболее востребованы населением разных стран мира, а с другой — предмет разногласий и ожесточенных споров в профессиональных кругах.

Психиатрия в настоящее время обретает черты гуманной профессии: на смену стеснению в рамках больниц, жесткому патернализму пришли отношения партнерства между врачом-психиатром, врачом-психотерапевтом, клиническим психологом и пациентом и его родными.

В. Н. Краснов (2000) говорит, что современная психиатрия представляет собой триалог: к лечению привлекаются помимо больных их родственники и схематически эти отношения представляют следующим образом (рис. 1).

С точки зрения системного подхода эти отношения можно изобразить так (рис. 2).

Психиатрия и психотерапия взаимно обогащают друг друга. Современный психиатр умеет учитывать особенности семейного психологического контекста, других социальных сред, в которых функционируют психически больной ребенок, подросток и взрослый.

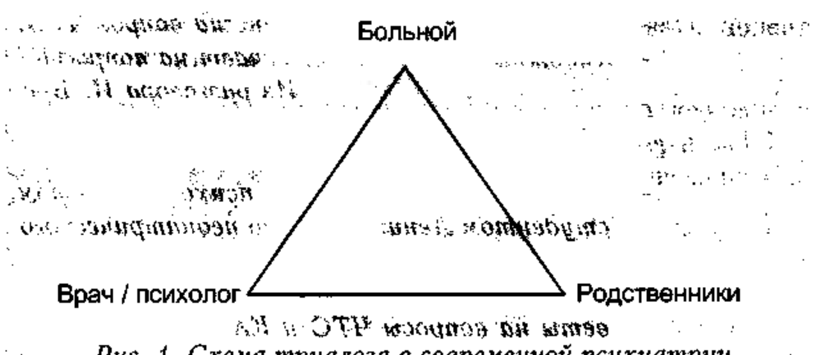


Рис. 1. Схема триалога в современной психиатрии.

Современное лечение психически больных детей и подростков может осуществлять только врач, имеющий профессиональную подготовку в области психиатрии, психотерапии и клинической психологии.

Поэтому, задумывая написание настоящего учебника, коллектив авторов старался соединить вместе данные о психологических особенностях детей и подростков, методах диагностики психических расстройств и их комплексном лечении, которое включает в себя психотерапию и биологические методы лечения.

В трехтомном Американском руководстве по психиатрии под редакцией Сильвано Ариети (1959), помимо описания общей и частной психопатологии, биологических методов лечения психических заболеваний, большое место было отведено описанию различных методов психотерапии.

Нам хочется, чтобы наш учебник имел сходство по структуре изложения с классическим Американским руководством по психиатрии, и мы постарались это воплотить, создавая учебник по детской психиатрии.

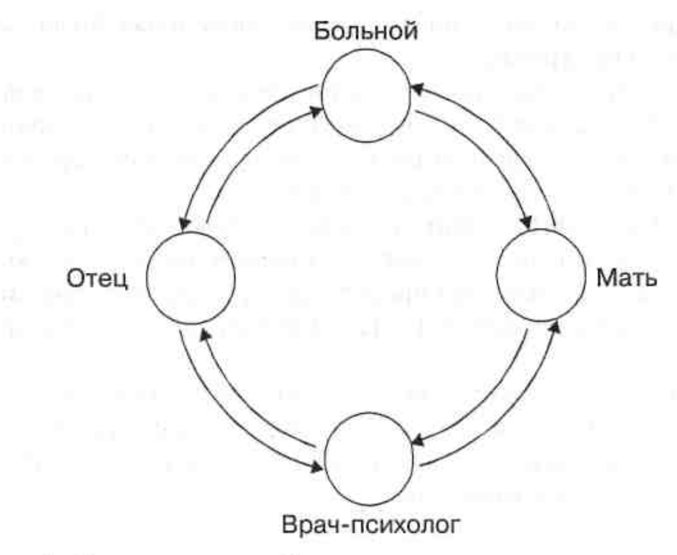


Рис. 2. Схема отношений с точки зрения системного подхода.

Содержание учебника отражает современные представления о месте и роли психиатрии, психотерапии и клинической психологии в лечении психических расстройств у детей и подростков (мы говорим о детской психиатрии, подразумевая, что объектом ее являются дети в возрасте от 0 до 18 лет).

Более 30% объема учебника занимает освещение современных и традиционных методов психотерапии, доказавших свою эффективность в детской и подростковой практике, а также основных принципов и методов психологической диагностики.

К сожалению, во многих руководствах по психиатрии описанию методов психотерапии отводится всего несколько страниц.

Учебник написан сотрудниками кафедры детской психиатрии и психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования и другими известными специалистами, поддерживающими творческие контакты с нашей кафедрой.

Коллектив авторов позволил себе изменить сложившийся порядок изложения методов лечения.

Принципы медикаментозного лечения нервно-психических расстройств у детей и подростков и характеристики основных классов психотропных препаратов, за исключением антиконвульсантов (см. главу 11), приведены в главе 20. Это было сделано потому, что лечение медикаментами детей и подростков вообще, а психически больных в частности, требует большой осторожности и сугубо индивидуального подхода как в выборе препарата, так и его доз. Психотропные препараты имеют, помимо лечебного, мощные и разнообразные побочные эффекты, искажающие как физическое, так и личностное развитие детей и подростков.

Мы согласны с мнением Жан-Пьера Лежандра (1997), директора детского психиатрического и психотерапевтического центра им. Жана Итара в г. Анмасс (Франция): «В лечении психически больных детей необходимо использовать все возможные психологические средства воздействия на психику, чтобы как можно дольше избегать госпитализации и применения фармакотерапии, которые являются не первым, а последним выбором — выбором отчаяния».

Изучение схем и алгоритмов медикаментозного лечения студентами, интернами и клиническими ординаторами требует непосредственного руководства и контроля со стороны преподавателей.

Задача авторов учебника заключалась в том, чтобы построить его как синтез психиатрии, клинической психологии и психотерапии, оттенив возрастные особенности детей и подростков, находящие свое отражение в клинике нервно-психических расстройств, механизмах психологической защиты, приспособительных эмоционально-поведенческих реакциях и др. Именно поэтому авторы допускают повторы с перестановкой акцентов в изложении данных о периодизации психического развития детей.

В настоящее время психотерапия в России переживает бум в своем развитии и превращается в новую самостоятельную специальность. Психотерапия широко интегрируется в различные области медицины. Психиатрия не исключение.

К сожалению, до настоящего времени в России не было учебника по детской психиатрии, предназначенного для студентов, интернов и клинических ординаторов. Учебник «Детская психиатрия» Г. К. Ушакова (1973) был посвящен психиатрии вообще, а детской лишь в частности.

История становления психиатрии как клинической дисциплины, ее трансформация в современную полимодальную медицинскую специальность, интегрировавшую в себя основополагающие принципы медицины, психологии, неврологии и психотерапии, хорошо известны.

Становление новой специальности (субспециальности «психотерапия» в соответствии с приказом МЗ РФ № 337), определение ее параметров носит в настоящее время драматический характер.

В связи с этим возникает ряд вопросов.

Психотерапия — это медицина или гуманитарная практика? Теоретическими концептами психотерапии является естественно-научная парадигма (каузальная модель) и/или гуманитарная парадигма?

Психотерапия, несмотря на ее длительный исторический путь становления и развития, новая междисциплинарная специальность, основанная на естественно-научной и гуманитарной парадигмах, интегрирующая в себе такие духовные практики (по мере их возникновения), как религия, этика, медицина, философия, педагогика, психология, политика и др.

Психотерапевтическая деятельность в нашей стране, вероятно, не должна быть привилегией одних лишь врачей, но должна осуществляться и психологами, и специалистами по социальной работе, то есть профессионалами, имеющими соответствующую додипломную и последипломную подготовку и несущими юридическую ответственность за свою деятельность.

Следует сказать, что вне зависимости от того, кто будет проводить психотерапию — врач, психолог или специалист по социальной работе, все эти специалисты должны иметь углубленную подготовку по психиатрии и неврологии.

Приведем пример. На занятия групповой психотерапии приходил мужчина 40 лет, который лечился в психиатрическом стационаре с диагнозом: невротическое расстройство. Психолог, проводившая групповую психотерапию, обратила внимание, что мужчина, едва успев сесть в кресло, тут же засыпал. Сон был настолько глубоким, что первоначальная гипотеза, что сон является своеобразной формой защитного поведения, была отринута. Психолог поделилась своей тревогой по поводу необычного поведения пациента в группе с его лечащим врачом. Проведенные рентгенологические исследования выявили опухоль головного мозга, и возникла необходимость в нейрохирургическом лечении.

Знание психиатрии и неврологии позволяет психотерапевту увидеть за заявленными клиентом психологическими проблемами признаки болезни, если она есть, и признаки здоровья, спрятанные за психологическими коллизиями в жизни клиента.

Мы почти не пользуемся термином пациент, а говорим клиент. Когда семья приходит на прием, психиатру и/или психотерапевту предстоит отве-

тить на вопрос: кто здоров, а кто болен? Симптомы у ребенка — фобии, тики, манкирование учебой, упрямство, грубость — очень часто являются отражением дисфункции семейной жизни.

Что такое психотерапия? Психотерапия — это система психологических воздействий на клиента /клиентов как открытую живую систему с целью оптимизации его /их функционирования. С нашей точки зрения, это определение, психологическое по своей сути, опирается на основные положения системного подхода, которыми наиболее плодотворно пользуются в семейной психотерапии [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В., 2000].

Наконец, можем предложить еще одно определение психотерапии, которое тоже относится к психологическим, но в нем в лучшей степени подчеркнуты партнерские отношения психотерапевта и клиента: психотерапия — это психологическое взаимодействие психотерапевта/психотерапевтов и клиента /клиентов, в результате чего осуществляются конструктивные изменения и личностный рост каждого участника взаимодействия.

Можно продолжить ряд определений психотерапии, и это сделают не менее эффективно другие специалисты, но возникает очередной вопрос: почему наши определения являются по своей сути в большей степени психологическими, нежели медицинскими? На это я отвечаю, будучи врачом по образованию и по специальности, что хочу поддержать психологов, оказывающих психотерапевтические услуги, поскольку их роль и место в современном культурном и административном контекстах России являются весьма значительными, но они неравноправны по сравнению с врачами.

Законодательство РФ, регулирующее оказание медицинских услуг, закрепляет это право лечить только за специалистами медицинского профиля и оставляет за скобками деятельность психологов, педагогов, специалистов по лечебной физкультуре без медицинского образования, работающих в органах здравоохранения и вне их. Законодательная база о здравоохранении была создана на основании редукционистских теорий здоровья и болезни и в настоящее время требует существенной модернизации.

Для того, чтобы понять роль и место психиатрии и психотерапии в культурном контексте современной России, необходимо осветить сам культурный контекст в его развитии вообще и в России, в частности.

В развитии культуры выделяют три эпохи [Эйдемиллер Э. Г., 2000; Александер Ф., Селесник Ш., 1995; Зельцер В., 1999, 2000].

1. Премодерн.
2. Модерн.
3. Постмодерн.

В эпоху премодерна мышление человека было магическим, поэтому главенствующими методами психиатрии и психотерапии, сохранившими свое значение и сейчас, были различные религиозные ритуалы, гипноз и методы психотерапии, основанные на феномене внушения и самовнушения.

Для эпохи модерна, которая условно начинается с работ Р. Декарта и Д. Локка, характерно стремление отыскивать или приписывать причинно-

следственные связи как в природе, так и в поведении людей. Важным инструментом в познании психики становится метод. Это психоанализ 3. Фрейда, основанный на наблюдении и интроспекции, и теория условных рефлексов И. П. Павлова и основанные на ней методы поведенческой психотерапии. Психоневрология, понятие, ассоциирующееся с фигурой В. М. Бехтерева, была попыткой целостного понимания человека и его здоровья, болезней.

Психоневрология была предшественницей биопсихосоциальной модели болезни и здоровья человека Т. Юкскюля и В. Везиака (1963, 1990), согласно которой каждое заболевание рассматривается как страдание на биологическом, психологическом и социальном уровнях.

Здесь следует более подробно остановиться на основных положениях, которые вызывают дискуссии в методологии современной психиатрии и психотерапии: метод, направление, школа и техники.

Метод — это определяемые границы единства и взаимодействия теории и практики. Применительно к психотерапии можно сказать, что, к примеру, психоанализ являет собой две ипостаси — мировоззрение и метод психотерапии.

Направление — это группа методов в психиатрии и психотерапии, имеющих больше сходства, чем различий в теории; имеющих сходство и различие в практическом, то есть технологическом воплощении этих теорий.

В качестве примера сошлемся на психобиологию Адольфа Майера. А. Майер использовал основные положения психоанализа для объяснения психосоциогенеза психических расстройств. Он описал типы реагирования — параноидный, шизофренический, депрессивный и др. В ответ на определенные нарушения во внутриличностном и межличностном пространствах человека формируются так называемые психоневрозы в форме, например, шизофренического типа реагирования с соответствующей клинической картиной [Ариети С, 1959]. В настоящее время многие теоретические положения этого направления в психиатрии подвергнуты ревизии, но близкое к нему направление — динамическая психиатрия — успешно развивается [Аммон Г., 1996; Кабанов М. М., 1998].

Школа — это персонификация направления или метода психотерапии (есть основоположник теории, есть ее методология, концепция и программы обучения, система верификации результатов, исследования эффективности и т. д.). К примеру, психоанализ 3. Фрейда, аналитическая психодрама Д. Л. Морено, гештальт-терапия Ф. Перлса, патогенетическая психотерапия неврозов В. Н. Мясищева, динамическая психиатрия Г. Аммона и др.

Техники — это конкретные технологические действия в рамках психотерапевтического процесса, определяемого параметрами направления или метода. Следует сказать, что техники часто не имеют специфических признаков, позволяющих относить их к тем или иным методам психотерапии. К примеру, работа со стульями в равной степени относится как к аналитической психодраме, так и к гештальт-терапии.

Культура эпохи постмодерна не только включает в себя признаки предыдущих эпох, но и имеет свои характерные признаки.

— **Принцип ризомы** * [Делез Ж., Гваттари Р., 1976] предполагает новый способ структурирования как в отношении знания, так и мировосприятия в целом. Для понимания этого принципа в наибольшей степени подходят понятия «контекст переживаний», «взаимодействия», «семейный контекст», которые пришли из семейной психотерапии [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Nichols M., 1984, Brown J. H., Christensen D. N., 1999]. Контекст бытия — это поле описания всего того опыта, которое входит в рамки исследования или описания. При этом отсутствует классическое деление на целое, частное, подчиняющее и соподчиненное. Речь идет о неоднородном поле идентичности.

Контекст характеризуется несимметричностью, вследствие чего так называемая периферия бытия может оказаться более значимой, чем «центр». В аналитической психодраме, которой я занимаюсь много лет и которую считаю одним из наиболее универсальных и эффективных методов психотерапии, пригодных для детей, подростков и взрослых, «маленькие» детали, например, уточнение цвета обоев, времени суток, открыты или закрыты двери в комнатах, в психодраме протагониста имеют подчас большее значение для достижения им инсайта и катарсиса, чем формулирование и проговаривание им основной темы. Ризома пришла на смену структуре.

— **Время становления эпохи постмодерна** — весьма подвижная граница, охватывающая конец 20-х годов XX века и наши дни.

— **Критика абсолютизма разума,** так называемого научного познания, основанного на догмате измерения. Помимо измерений в современной психологии наиболее важным стало вслушивание, вчувствование, взаимная эмпатия. Диктатура рационального объяснения, действия, последействия и следствия уступила место созданию и воссозданию контекста множественной интерсубъективности.

— **Критика классической противопоставленности субъекта и объекта.** Согласно этому критерию взаимоотношения психотерапевта и клиента следует рассматривать как интерсубъективные.

На сеансе индивидуальной аналитической психотерапии в случае явлений переноса и противопереноса происходит взаимное выстраивание образов друг друга психотерапевтом и клиентом (рис. 3).

В начальной фазе психотерапии специалист, имеющий личную биографию, соответствующие профессиональные качества, опыт самораскрытия и инвентаризации личного психологического пространства, проницаемые внутренние и внешние границы «Я», демонстрирует клиенту эмпатию, принятие его таким, какой он есть, инициативу. Клиент же предъявляет психотерапевту свои страхи, тревогу, ригидные паттерны эмоционально-поведенческого реагирования, а также — веру и надежду, что психотерапевт ему поможет. Границы личностного пространства клиента либо размыты, либо жесткие, большая часть его потенциала оказывается невостребованной.

* Ризома — особое строение корневой системы некоторых растений, при которой элементы этой системы так переплетены с почвой, что чрезвычайно трудно распознать, относятся эти элементы к почве или к корням.

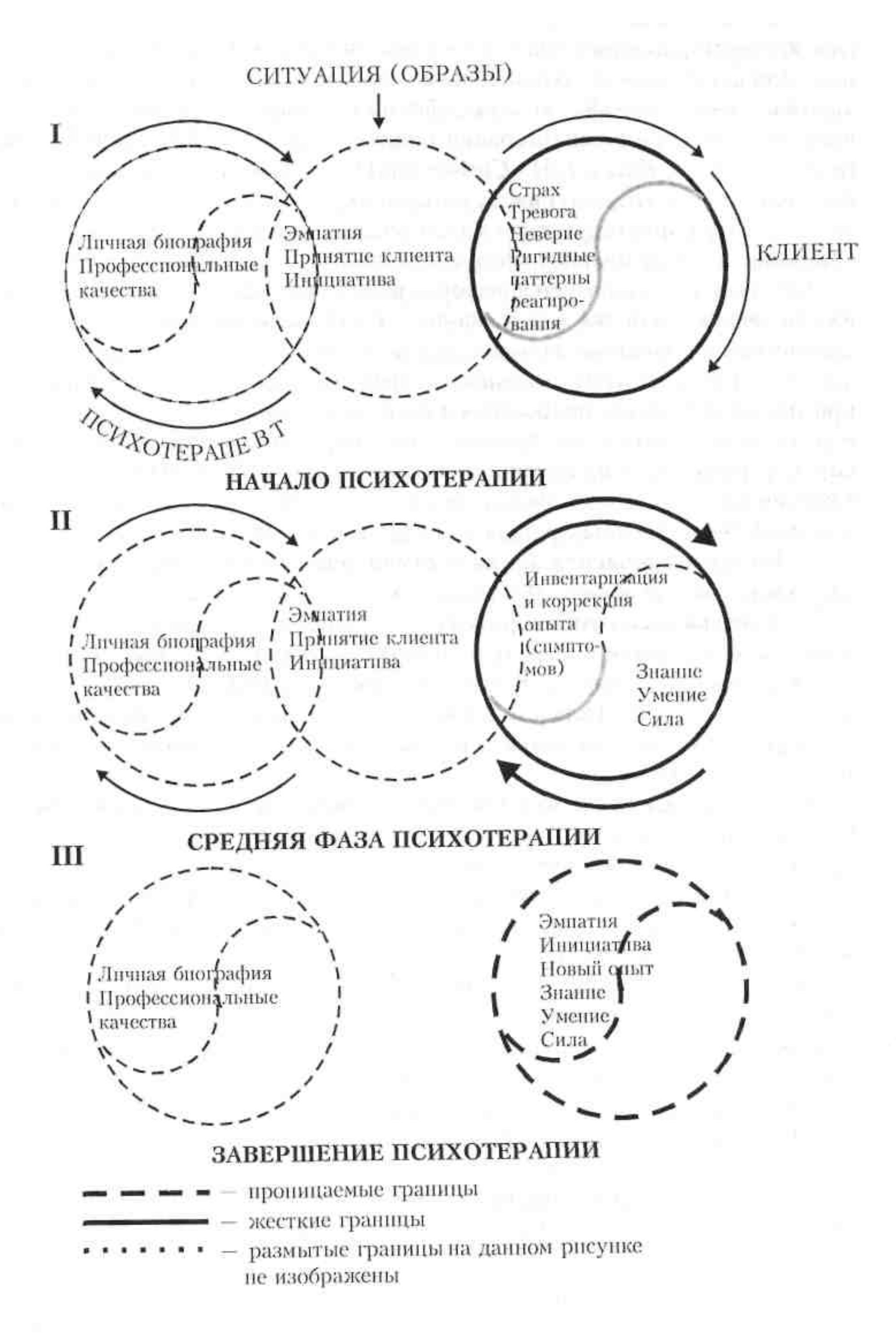


Рис. 3. Фазы индивидуальной психотерапии.

В средней фазе психотерапии продолжается процесс взаимодействия, в котором важнейшими сенсациями являются взаимовосприятие, взаимная акцептация личного материала психотерапевта и клиента, причем психотерапевт, и в этом его сила и профессионализм, усваивает для себя лишь то из материала клиента, что способствует умножению его потенциала и опыта. Границы клиента становятся более проницаемыми, вследствие чего он способен осуществлять инвентаризацию и коррекцию своего и чужого опыта.

На заключительной фазе психотерапии клиент завершает «встраивание» в себя того материала, который образовался в процессе взаимоотношений/взаимодействий с психотерапевтом, инвентаризацию и коррекцию своего опыта. Наличие проницаемых внешних и внутренних границ позволяет клиенту осуществить интеграцию уже имевшегося опыта и вновь приобретенного. Это полностью самостоятельная аутентичная личность, освободившаяся от зависимости от психотерапевта. Психотерапевт в результате общения с клиентом либо подтверждает, либо подвергает сомнению тот опыт переживаний, который был у него ранее. При профессиональном занятии психотерапией психотерапевт всегда оказывается в выигрыше в выстраивании собственной личности. В случае непрофессионализма противопереносы часто разрушают его личность («синдром эмоционального сгорания специалиста»).

— **В эпохе постмодерна подвергается критике принцип функциональности,** который предполагает жесткое слияние предназначения личности, ее судьбы и аутентичности с выполнением социальных ролей. В тоталитарных обществах принцип функциональности был жестко самодовлеющим, и каждый человек рассматривался как элемент большой государственной машины.

— **Преобладающими теориями в философии и психотерапии становится теория социального конструктивизма и нарративный (повествовательный) подход** [Efren J. S., Lukens M. D., 1992, Seltzer W. J., 2000]. Благодаря работам чилийских биологов Умберто Матурана и Франсиско Варела стало понятным, что так называемые «очевидные» в биологии факты далеко не всегда являются таковыми. Очень трудно отнести тот или иной вид животных, организмов на определенные позиции классификаций. К примеру, большую панду одно время относили к медведям, потом к енотам, потом снова к медведям, причем, оказалось, что и еноты, и медведи являются представителями одной большой семьи.

Суть конструктивизма заключается в осознании того, что наши предположения о мире невозможно непосредственно подтвердить.

«Язык — это самое главное, без него невозможны были бы такие сложные согласования действий в социальном сообществе, и именно поэтому конструктивисты настаивают на том, что человеческие жизни, в сущности, являются «разговорами». Следовательно, конструктивистская психотерапия в фигуральном и буквальном смысле представляет собой особую форму «разговора» [Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В., 2000].

Основное допущение конструктивистских и нарративных психотерапевтов заключается в том, что все, что мы говорим, опирается на какую-то традицию, на то, что мы привыкли что-то понимать каким-то определенным обра-

зом, и все сказанное имеет смысл только в рамках этой традиции. Если что-то вырвать из контекста, то оно потеряет смысл. Если мы поместим фрагмент сообщения в новый контекст, то он будет означать что-то другое. Понимание между людьми возникает в условиях взаимосозданного и взаиморазделяемого контекста переживаний. «Стол — это то, что наиболее часто обозначается этим словом» — это утверждение справедливо лишь тогда, когда общающиеся договорились о границах контекста взаимоотношений и о способах проверки качества понимания. При нарушении этих условий «стол» в нашем понимании может трансформироваться в «стул». Основной тезис конструктивистского и нарративного подходов — «практичность» вместо «истинности». Наверно, из всех сфер социального функционирования общение в семье и в ситуации психотерапии имеет больше всего шансов иметь признаки «понимающего общения».

— **Ответственность за свое самоопределение, самоактуализацию яв ляется прерогативой самой личности.** Речь идет об ответственном самофор мировании (Петер Козловски).

Главенствующей ценностью эпохи постмодерна является свобода, которая предполагает, помимо всего прочего, отказ от завоевательности и расширительное™ в области духовных практик. К сожалению, опыт общения и взаимоотношений психотерапевтов в России является противоречивым: все говорят об объединении, но при этом продолжается конкурентная борьба представителей разных школ, ассоциаций, учреждений и просто отдельных психотерапевтов.

Тема, которая волнует всех, но о чем никто не говорит вслух — это власть и деньги. Кто будет определять параметры специальности, стандарты обучения и сертификации, кто будет иметь большее влияние — это тот неявный в декларировании, но более чем явный в поступках лейтмотив развития психотерапии в современной России.

— **Преодоление научного монизма и декларация множественности форм познания.** Отношения традиционной медицины, в частности, так на зываемой научной психотерапии с альтернативной медициной и психотера пией характеризуются закрытостью и враждебностью. Причем большую враждебность демонстрирует официальная медицина, а альтернативная ме дицина отвечает игнорированием официальной медицины.

Даже если мы не знаем механизмов лечебного действия методов нетрадиционной медицины, то мы должны констатировать, что многие целители обладают такими важными качествами, как умение осуществлять присоединение, наводить трансы, стимулировать переносы, вселять веру и надежду. Весь вопрос в том, как будут использованы эти возможности, с какой степенью профессионализма.

— **Наконец, в эпоху постмодерна актуализируются качества готичес кой культуры с ее стремлением к чистоте.** Функциональность заменяется принципом органичности. Все многообразие природы, человеческого бытия по нимается как взаимосвязанное, как живое, которое развивается по своим за конам. Метафорой этого принципа может служить ландшафт, в котором есть

река, луга, кустарники, деревья, различная живность, которая является самоценной, но ни в коем случае не выступает в роли «младших братьев», небо, солнце и человек, который пытается обучиться неагрессивному существованию.

В настоящее время исследователи насчитывают от 600 до 1000 методов психотерапии [Карвасарский Б. Д., 2000; Макаров В. В., 2000]. Совершенно очевидно, что методов психотерапии значительно меньше, а увеличение количества методов связано с тем, что каждый психотерапевт стремится скорее персонифицировать свой опыт, нежели признаться в том, что он является учеником и последователем другого психотерапевта.

Для того чтобы лучше ориентироваться во всем многообразии методов и техник психотерапии, лучше воспользоваться предложением М. М. Решетникова (2000) и подразделить методы психотерапии по следующим направлениям [Эйдемиллер Э. Г., 2000]:

1) методы психотерапии, основанные на внушении и самовнушении;

2) поведенческая психотерапия;

3) когнитивная психотерапия; последние два направления многие исследователи объединяют [Федоров А. П., 1998; Холмогорова А. Б., 2000];

4) психоаналитическая (психодинамическая) психотерапия;

5) экзистенциальная (гуманистическая) психотерапия;

6) семейная психотерапия.

Разумеется, в современной России одни направления психотерапии лучше развиты, как скажем, первое, второе, а другие — хуже, например, психоанализ и семейная психотерапия.

Отнесение семейной психотерапии к самостоятельному направлению достаточно спорно и имеет больше противников в нашей стране, чем сторонников.

Какие у меня есть основания выделить семейную психотерапию в самостоятельное направление?

Во-первых, собственный психотерапевтический опыт. Мне повезло быть вместе с В. К. Мягер, А. И. Захаровым, Т. М. Мишиной, В. М. Воловиком, В. В. Костеревой и А. С. Спиваковской основоположником семейной психотерапии в СССР и России. Мы поняли, что семья является уникальным социальным организмом, имеющим свои уникальные специфические признаки и свои механизмы функционирования:

1) структура базисных семейных ролей;

2) учение о вертикальных и горизонтальных стрессорах — концепция «патологизирующего семейного наследования» [Эйдемиллер Э. Г., 1990; Nichols M., 1984, Brown J. H., Christensen D. *N*.. 1999];

3) семья как живая открытая система, функционирующая в неравновесных условиях;

4) семейные подсистемы и границы;

5) семейные мифы;

6) семейные когнитивные сценарии, «наивная семейная психология» В. Юстицкиса и Э. Г. Эйдемиллера (1990; 1999).

Во-вторых, наличие разнообразных теорий, объясняющих функционирование семьи как целого.

В-третьих, близость и взаимопроникновение этих теорий в объяснении функционирования семей — психодинамические, системные, структурные, коммуникативные и стратегические теории семейной психотерапии — скорее дополняют друг друга, чем опровергают.

В-четвертых, именно в семейной психотерапии впервые получили свое развитие конструктивистский и нарративный подходы, которые, с моей точки зрения, явились своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода (общей теории систем Людвига фон Берталанфи), психотерапии, основанной на опыте, по В. Сатир и К. Витикеру.

В настоящее время является доказанным факт, что использование семейной психотерапии в комплексном лечении и реабилитации больных с психозами, невротическими и психосоматическими расстройствами повышает эффективность на 40 % [Эйдемиллер Э. Г., 2000; Макарова О. Ф., 2002].

Авторы учебника построили изложение материалов в соответствии с требованиями МКБ-10, но при этом мы пользовались отечественными традициями преподавания психиатрии и придерживались традиционной классификации психических расстройств у детей и подростков. Из-за этого возникли большие трудности, которые, с моей точки зрения, удалось лишь минимизировать. Некоторые классы расстройств, например, аутизм, энурез, энкопрез и другие, пришлось излагать дважды в главах. Это связано с тем, что данные расстройства полиэтиологичны, и в одних главах акцент сделан на роли психогении в происхождении расстройств, а в других — на биологических (органических) факторах.

В МКБ-10 отсутствует раздел «Психосоматические расстройства», который есть в данном учебнике в связи с их чрезвычайной актуальностью.

Периодизацию психического развития детей и подростков пришлось излагать разным авторам в разных главах (не только в главе 1) в связи с тем, что включение этого материала позволило воспринимать более рельефно формирование психопатологических расстройств, сексуальности и др.

Некоторые классы расстройств не нашли своего отражения на страницах учебника, а некоторые изложены лишь конспективно. Мы отважились включить в учебник в качестве самостоятельной главы «суицидальное поведение». Это связано с тем, что суициды стали в настоящее время одной из самых главных проблем не только и не столько психиатрии, сколько всего человечества.

Надеемся, что это привнесет некоторый аспект дискуссионности, который обычно отсутствует в учебниках.

К сожалению, в России отсуствуют специальности «детская психиатрия» и «детская психотерапия», что сдерживает экспансию соответствующих специалистов в учреждения здравоохранения, образования, социальной защиты, а это в свою очередь негативно влияет на качество предоставляемых медицинских услуг.

Надеюсь, что выход в свет данного учебника хотя бы в малой степени будет стимулировать процесс рождения этих специальностей и, соответственно, столь нужных подрастающему поколению специалистов.

Вряд ли этот учебник был бы написан, если бы не дружеская поддержка наших родных и близких. Большое им спасибо!

Особая благодарность нашим учителям и коллегам — тем, кого уже нет с нами: Г. Б. Абрамовичу, Е. С. Авербуху, К. М. Варшавскому, С. И. Когану, А. Е. Личко, Н. А. Михайловой, С. С. Мнухину, В. Н. Мясищеву, Д. С. Озерецковскому, А. М. Свядощу, И. Ф. Случевскому, Ф. И. Случев-скому, П. И. Ивайкову и О. И. Тарасовой, К. Витикеру, В. Сатир (США), С. Лебовиси (Франция), Р. Эчкамб (Великобритания).

Для всех нас большая честь, что мы учились и пользовались советами тех учителей и коллег, опытом которых мы имеем счастливую возможность пользоваться и сейчас, благодаря непосредственному контакту с ними: Л. И. Вассермана, В. Д. Вида, А. И. Вовка, В. И. Гарбузова, Р. М. Грановской, Ю. М. Губачева, А. И. Захарова, Д. Н. Исаева, Г. Л. Исуриной, В. Е. Кагана, Б. Д. Карвасарского, С. С. Либиха, Ю. В. Попова, Л. П. Рубиной, Б. Е. Микиртумова, В. К. Мягер, В. С. Плаксиной, В. К. Смирнова, В. А. Ташлыкова, А. П. Федорова, В. Д. Менделевича, А. С. Спиваковской, А. Б. Холмогоровой, А. 3. Шапиро, Ю. С. Шевченко. Большое спасибо!

Мы не можем не упомянуть словами благодарности замечательных психотерапевтов, которые живут за пределами России и которые щедро делились с нами своим опытом: Ю. Аалтонена (Финляндия), Джил Горел Барнс, Аллана Куклина, Д. Робертса (Великобритания), Ж.-Б. Гильомина и Ж.-П. Лежандра (Франция), Д. Киппера (США), С. Кратохвила (Чехия), Г. Лейтц (ФРГ), К. Хааланд (Норвегия) и многих других.

Этот перечень имен лишний раз подтверждает мнение: никто никого не может научить. Научиться может лишь тот, кто хочет этого. Мы выбрали именно этих людей в качестве Учителей.

Настоящий учебник предназначен для студентов старших курсов медицинских и психологических вузов, интернов и клинических ординаторов.

В заключение хочется пожелать коллегам и ученикам учиться пониманию, терпению и толерантности, расти самим и не мешать росту других.



ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ И НЕАНАЛИТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ребенок — отец человека. З. Фрейд

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

В результате многолетних клинических исследований психоанализ сложился как одна из наиболее фундаментальных *теорий личности.* Современная психоаналитическая теория представляет собой систему научных концепций, разрабатываемых как клинически, так и экспериментально. Психоанализ к настоящему времени — это не целостная законченная теория. В процессе развития возникли и завоевали право на жизнь различные школы психотерапевтической мысли, каждая со своими теориями, техниками, клинической культурой. В течение многих десятилетий эти школы соревновались друг с другом за право монопольного объяснения психической жизни человека. Однако в настоящее время многие психоаналитики придерживаются плюралистической позиции, считая, что теоретическая разнородность психоаналитических направлений не является взаимоисключающей, а, наоборот, расширяет понимание клинического опыта. По мере развития психоаналитической теории направление возрастного развития вышло на первый план, и именно оно является сегодня краеугольным камнем психоанализа.

Зигмунд Фрейд

Для психоанализа характерен психогенетический взгляд на развитие личности: каким образом прошлое индивида оказало влияние на его функционирование в настоящем. С тех пор, как клиническая работа привела Зигмунда Фрейда к исследованию психического конфликта, отправной точкой психоанализа стало его убеждение, что неврозам взрослых предшествовал некоторый опыт детства, и что от симптома эмоционального происхождения нельзя избавиться, пока происхождение симптома и его развитие не будут прослежены. Фрейд предлагал своим пациентам свободно выражать свои мысли и обнаружил, что их ассоциации уводили их непременно назад, к важным событиям в детстве. Ребенок стал центральной фигурой в конфликтах взрослого («Ребенок — отец человека»). Таким образом, первые попытки понять младенчество и детство были основаны на реконструкции ранних периодов, полученных из воспоминаний взрослых пациентов.

По мнению З. Фрейда, личность развивается в ответ на 4 главных источника напряжения.

1. Процессы созревания (физиологического роста).
2. Фрустрации.
3. Внутренние конфликты.

4. Внешние угрозы (опасности).

Эти источники вызывают напряжение, и, как следствие, индивид вынужден обучаться новым методам снижения напряжения. Это обучение и подразумевается под термином *личностное развитие.* Индивид обучается справляться с фрустрациями, конфликтами и тревогами разнообразными способами, прежде всего, *идентификацией* и *замещением.*

Идентификация — это метод, посредством которого человек перенимает черты другого человека и делает их неотъемлемой частью своей собственной личности. Он обучается снижать напряжение, моделируя свое поведение по подобию другого. Мы выбираем моделями для себя тех, кто нам кажется более успешными в удовлетворении своих потребностей, чем мы сами. Ребенок идентифицируется с родителями, так как они представляются ему всемогущими, по крайней мере, в раннем детстве. По мере роста ребенок находит другие образцы для идентификации — людей, чьи достижения больше соответствуют его текущим желаниям. В каждом периоде развития есть свои характерные для этого периода фигуры идентификации. Большинство этих идентификаций происходит, конечно же, бессознательно, без сознательных намерений с нашей стороны. Не обязательно также идентифицироваться с другим во всех аспектах. Обычно человек отбирает и переводит во внутренний план только те черты другого, которые, по его мнению, помогут ему достичь желанной цели. Можно идентифицироваться не только с людьми, но также и с животными, с придуманными персонажами, с организациями, абстрактными идеями и неодушевленными предметами.

Окончательная структура личности представляет собой ряд многочисленных идентификаций, сделанных в различные периоды жизни человека, хотя, по всей вероятности, мать и отец остаются наиболее важными фигурами идентификации в жизни каждого из нас.

Замещение. Когда исходный объект выбора инстинкта оказывается недоступен вследствие внешних или внутренних барьеров, то образуется побудительная сила к другому объекту. Фрейд указывал в 1930 г., что развитие цивилизации стало возможным как результат подавления первичных выборов объекта и перенаправления инстинктивной энергии в социально приемлемые и созидающие культуру каналы. Замещение, которое приводит к более высоким культурным достижениям, называется ***сублимацией.*** В этой связи Фрейд рассматривал интерес Леонардо да Винчи к изображению Мадонны как сублимационное выражение его стремления к матери, с которой Леонардо да Винчи был разлучен очень рано. Поскольку сублимация (как и любое другое замещение) не приводит к полному удовлетворению, то всегда поддерживается некоторое остаточное напряжение. Напряжение может разряжаться в форме нервозности, беспокойства, нетерпеливости. Фрейд считал, что это та цена, которую человек платит за цивилизованное состояние.

Общество, действуя посредством родителей и других властных фигур, разрешает определенные замещения и делает неприемлемыми другие. Например, ребенок обучается тому, что можно сосать соску, а не большой палец.

Способность образовывать привязанность к заместительным объектам — наиболее влиятельный механизм развития личности. Сложная сеть интересов, предпочтений, ценностей и установок, которые характеризуют взрослого человека, становится возможной в результате замещений. Если бы психическая энергия не обладала свойствами перемещения и распределения, то не было бы и развития личности. Человек был бы просто механическим роботом, принужденным выполнять заданные инстинктами паттерны поведения.

3. Фрейд предложил первую психоаналитическую теорию развития, которая впоследствии стала известна как *«теория психосексуального развития»*. Выдвинув последовательные стадии сексуального развития, он определил их в терминах способов реагирования, свойственных определенной области тела. Фрейд выделил оральную, анальную, детскую генитальную (фаллическую), латентную и генитальную стадии развития. Итоговая организация личности есть составляющая всех стадий. В результате прохождения стадий развития индивид постепенно превращается из настроенного на удовольствия ребенка в социализированного, ориентированного на реальность взрослого.

Теория Фрейда, в своем позднем варианте, была попыткой совместить две стороны в познании человека: научный взгляд на человека как на представителя биологического вида, с его физиологическими механизмами развития и функционирования, и гуманистический взгляд на человека как носителя субъективного опыта и смыслов, вырастающих из взаимоотношений с окружающими его людьми. Эта попытка синтеза не смогла, однако, привести к созданию единой теории. Последователи Фрейда пошли путем изучения отдельных сторон личности, делая акценты либо на межличностных аспектах формирования личности (взаимоотношения между Эго и Суперэго, в терминологии структурной теории), либо на биологическом уровне влечений и инстинктов (взаимоотношения между Ид и Эго). Результатом этого явилось постепенное оформление двух направлений в психоанализе: Эго-психологии и Школы объектных отношений. Психоаналитики, считающиеся родоначальниками этих двух направлений, Анна Фрейд и Мелани Кляйн, являлись одновременно и основоположниками детского психоанализа.

Анна Фрейд и Эго-психология

Анна Фрейд (1895-1982), дочь Фрейда, продолжала направление, начатое отцом, только в работе с детьми. Ее взгляды оказали большое влияние на развитие Эго-психологии. Одной из самых известных работ Анны Фрейд является книга «Защитные механизмы Эго» (1936).

Кроме непосредственно психоаналитической работы с детьми, Анна Фрейд уделяла большое внимание изучению детей в повседневной обстановке. Данные наблюдений за детьми представляли значительно более широкую информацию, чем только интерпретации в анализе. Анна Фрейд вышла за рамки концепции психосексуальных стадий и предложила концепцию «линий развития», понимаемых как набор разворачивающихся потенциалов. Это

было знаменательным событием в психоанализе, выходом за рамки теории либидо, расширением психоаналитического понимания развития.

Концепция «линия развития» традиционно использовалась в психоаналитической теории развития как метафора, описывающая последовательное поступательное развитие и подчеркивающая непрерывность и накопительный характер развития. Фрейд был первым, кто предложил такую линию: последовательное созревание либидинального драйва, образующее линию психосексуального развития. С целью поиска контекста, в рамках которого можно было бы оценивать детскую личность, Анна Фрейд выдвинула предположение, что развитие в целом может быть описано серией линий: предсказуемых, взаимосвязанных и постепенно разворачивающихся. Последовательность шагов внешнего развития отражает формирование глубинных психических структур. Это помогает лучше понять, каким путем идет и совершенствуется приспособление ребенка к миру, развитие его независимости.

Анна Фрейд описала следующие линии.

— «От полной зависимости к эмоциональной самодостаточности и взрослым объектным отношениям».

— Линии, приводящие к телесной независимости: «от сосания к рациональному питанию», «от пачкания пеленок к контролю за кишечником и мочевым пузырем», «от отсутствия ответственности до принятия ответственности по уходу за телом».

— «От эгоцентричности к партнерству (дружбе)».

— «От тела к игрушке и от игры к работе».

Приведем примеры двух линий развития.

Линия «от сосания к рациональному питанию».

Долгий путь должен проделать ребенок, прежде чем прийти в точку, где он может регулировать прием пищи активно и рационально, качественно и количественно, на основе собственных потребностей и аппетита и независимо от его отношений к «обеспечителю» еды либо от его сознательных и бессознательных фантазий.

Фазы этого пути выглядят следующим образом.

1. Вскармливание грудью или с помощью бутылки, по часам или по тре бованию, с обычными трудностями кормления, вызванными частично пере падами аппетита и пищеварительными расстройствами, частично позицией тре воги матери относительно кормления.

Вмешательство в процесс удовлетворения потребностей: ненужное ожидание пищи, диета или принуждение к кормлению — образуют первые и часто длящиеся нарушения в позитивном отношении к еде.

2. Отлучение от груди или бутылки, инициатором которого бывает либо сам ребенок, либо мать.

В последнем случае, особенно если это протекает в сжатые сроки, быстро, протест малыша против оральной депривации искажает нормальное удовольствие от еды. Трудности могут возникать с введением твердой пищи, новых вкусов и консистенций, которые ребенок либо приветствует, либо отвергает.

3. Переход от кормления к самостоятельной еде, с помощью приборов либо без них, «пища» и «мама» все еще идентифицируются одна с другой. Прием пищи как поле битвы, на котором могут происходить сражения, связанные с трудностями материнско-детских отношений.

4. Самостоятельная еда с использованием ложки, вилки, разногласия с матерью о количестве съедаемого сдвигаются к форме еды, то есть манерам за столом; тяга к конфетам как адекватному фазе заместителю орального удовольствия от сосания; пищевые причуды (капризы) как результат анального тренинга (обучения чистоплотности), то есть вновь приобретенное реактивное образование отвращения.

5. Постепенный выход из уравнивания между пищей и мамой в эдиповой фазе. Установки к еде по-прежнему иррациональны, но теперь обусловлены инфантильными сексуальными теориями, а именно: беременности через рот (страх отравления); беременности (страх пополнеть); анальных родов (страх приема пищи и ее выхода).

6. Постепенный выход из сексуализации еды в латентный период с сохранением или даже увеличением удовольствия от еды. Увеличение рациональных установок к пище и самостоятельное определение в еде, при этом весь более ранний опыт этой линии имеет определяющее значение в формировании индивидуальных пищевых привычек во взрослой жизни, вкуса, предпочтений, а также последующих пристрастий или отвращения в отношении пищи или питья.

Из этой линии вытекают следующие следствия.

1. Реакции ребенка на изменения второй фазы (отлучение от еды и введение новых вкусов и консистенций) впервые отражает либо его *стремление к продвижению вперед* и склонность к приключениям (в случае если с удовольствием принимается новый опыт), либо *щепляние» к уже существующим удовольствиям* (когда каждое изменение переживается как угроза и лишение). Можно думать, что в зависимости от преобладания той или иной установки в процессе принятия пищи это распространится и на другие области развития.

2. Равенство еда-мать, которое существует (сохраняется) в восприятии ребенка в течение фаз 1-4, представляет собой рациональную основу для субъективной уверенности матери, что каждый отказ ребенка от пищи нацелен лично на нее, то есть выражает отвержение ребенком ее материнской заботы. Эта уверенность вызывает повышенную чувствительность к процессу питания и лежит в основе сражений по поводу пищи со стороны матери. Это также объясняет, почему в этих фазах с отказом от еды или стойкими капризами может легче справиться временно замещающий мать чужой человек. Это также объясняет, почему травматическое отделение от матери часто сопровождается отказом от пищи (отвержение материнской замены) либо же жадностью и перееданием (еда воспринимается как заместитель материнской любви).

После 6-й фазы процесс принятия пищи становится собственной заботой зрелой личности. Прежнее сражение с матерью по поводу еды может быть заменено внутренним рассогласованием — между сознательным же-

ланием есть и бессознательно принятой установкой о невыносимости какой-либо пищи, то есть различные невротические пищевые капризы и нарушения пищеварения. Вообще, трудности, связанные с количеством принимаемой пищи в течение всей жизни, напрямую связываются психоаналитиками с ранними отношениями с матерью. Однако в более позднем возрасте эти проблемы интернализуются и становятся внутренним конфликтом (булимия, анорексия).

Линия развития «от эгоцентричное™ к партнерским отношениям».

1. На первой фазе этой линии для младенца характерен эгоистичный, нарциссический взгляд на объектный мир, в котором другие дети либо вообще не фигурируют, либо же воспринимаются как нарушители материнско-детских отношений и соперники в родительской любви.

2. Для второй фазы характерно отношение к другим детям как к неживым объектам, то есть к игрушкам, предметам, которые можно трогать, толкать, притягивать или отставлять в зависимости от настроения. При этом от них не предполагается ни положительной, ни отрицательной реакции.

3. Третья фаза линии характеризуется отношением к другим детям как к помощникам в выполнении какой-либо задачи, такой как игра, постройка, разрушение и т.п. Длительность партнерских взаимоотношений определяется заданием и вторична по отношению к нему.

4. Только на четвертой фазе другие дети воспринимаются как партнеры и люди в своем собственном праве, которыми ребенок может восхищаться, которых он может бояться, кого он любит или ненавидит, с чьими желаниями он считается и часто признает их справедливыми. Именно на этой стадии ребенок становится способен к дружбе, партнерским взаимоотношениям различных видов и длительности.

Анна Фрейд считала, что линии развития могут помочь в рассмотрении практических вопросов воспитания детей. Мысля в терминах линий развития, можно рассматривать готовность ребенка принять такие события, как рождение брата (сестры), помещение в больницу, поступление в школу и т.п. как прямое отражение уровней его развития по всем линиям, имеющим отношение к этому конкретному опыту. Если нужный уровень достигнут, то событие будет конструктивным и приносящим пользу ребенку. Если же уровень достигнут не на всех или только на некоторых из требующихся линий, тогда ребенок будет чувствовать себя в ярости и не способным справиться, и никакие усилия со стороны родителей, учителей, медсестер не предотвратят чувства огорчения, несчастное™ и полной ненужности, которые часто приобретают травматические размеры.

Анна Фрейд возражала как против использования линий развития в качестве чистой метафоры, так и против трактовки их слишком конкретно. Она считала, что развитие содержит в себе как прогрессивное, так и регрессивное движение, и провозглашала регресс в качестве одного из принципов нормального развития. В экстремальных ситуациях или в переломные периоды развития любой нормально развивающийся ребенок может проявить черты регрессивного поведения, то есть поведения, характерного для

более ранних фаз развития. В течение всего периода роста для ребенка является вполне допустимым периодическое (например, во время болезни, в состоянии волнения или огорчения) возвращение к детским паттернам поведения, потере уже сформировавшегося, казалось бы, контроля, к детскому поиску защиты и безопасности в отношениях. Такое регрессивное движение не останавливает пути вперед в целом. Если оно не будет блокироваться осуждением окружающих или собственным внутренним подавлением, свобода передвижения по линиям развития вскоре позволит восстановить развитие прогрессивное.

Анна Фрейд считала, что сопоставление движения по нескольким линиям развития представляет собой тот контекст, в рамках которого можно произвести оценку эмоциональной зрелости или незрелости ребенка, нормы или патологии развития.

Концепция Анны Фрейд оказала большое влияние на детский психоанализ. Все дальнейшие исследователи не могли не считаться так или иначе с ее теорией. В результате многолетних поисков современная психоаналитическая теория рассматривает развитие как сложный процесс, который может быть очерчен рассмотрением линий развития составляющих его психических систем.

Мелани Кляйн и Британская школа объектных отношений

Мелани Кляйн (1902-1960) считается одной из центральных фигур в современном психоанализе, поскольку раздвинула границы понимания человеческой психики, обратив внимание не только на конфликты эдипова комплекса, но и на бессознательную эмоциональную жизнь ребенка раннего возраста, на первом году жизни. М. Кляйн была пионером детского психоанализа, она стала использовать детскую игру как эквивалент свободных ассоциаций взрослого, и по игре изучала их бессознательные фантазии и тревоги.

С точки зрения Мелани Кляйн, человек рождается с двумя мощными, примитивными, страстными модусами связи с миром. Это: восторженная, заботливая, полная благодарности любовь и ужасающая, деструктивная, все портящая, завистливая ненависть. Любовь создает возможность нежных, восстанавливающих взаимоотношений, и переживается как хорошая и питающая. Ненависть создает агрессивные, взаимно уничтожающие взаимоотношения с другими и переживается как зло и опасность. С самых первых месяцев жизни и в течение всей жизни, до самой смерти, каждый человек пытается примирить эти две формы опыта, защитить хороший, любовный опыт от деструктивных, полных ненависти чувств, соединить вместе эти аффективные полюсы.

Одна из наиболее важных идей Кляйн заключается в том, что в течение первого года жизни младенец совершает переход из параноидно-шизоидной позиции к депрессивной позиции. В параноидно-шизоидной позиции чувства

любви и ненависти переживаются как направленные к двум разным фигурам: к «плохой» матери и к «хорошей» матери. «Плохая» мать воспринимается как «преследующая», «разрушающая». На нее младенец направляет чувства разрушительной ярости. Любовь и благодарность переживаются лишь по отношению к «хорошей» матери. Примерно в возрасте 9 месяцев младенец начинает понимать, что мать одновременно и хорошая, и плохая, и что удовлетворяет или не удовлетворяет его потребности все одна и та же мать. Таким образом, младенец подходит к задаче справиться с амбивалентностью, то есть учится любить и ненавидеть одного и того же человека. В депрессивной позиции младенец испытывает печаль, когда матери нет рядом; это означает приобретение умения удерживать образ «хорошей матери» и оплакивать утрату. Таким образом, депрессивная позиция — это более зрелая позиция; переход от одной позиции к другой никогда не совершается полностью; состояния стресса во взрослой жизни могут вызвать временный регресс к параноидно-шизоидному уровню функционирования.

Предполагается, что пациенты, страдающие психозами, функционируют преимущественно на этом уровне, иначе говоря, используют очень примитивные защиты (отрицание, проективную идентификацию, расщепление), чтобы справиться с тревогой преследования. Такое понимание психопатологии школой М. Кляйн привело к увеличению интереса лечить психоаналитическими методами серьезные психические заболевания, которые ранее считались непригодными для психоанализа.

Теоретики школы объектных отношений Винникотт, Фэрберн, Балинт, Боулби основывали свои теории на точке зрения М. Кляйн о том, что младенец имеет врожденную предрасположенность к человеческим контактам. Однако все они отказались от мнения Кляйн, что агрессия есть врожденное образование, происходящее из инстинкта смерти, а младенец агрессивен и деструктивен от рождения. Вместо этого они постулировали, что ребенок предрасположен к гармоничному взаимодействию и нетравматичному развитию, и сбои на этом пути определяются несовершенным качеством родительства. Другими словами, все сместили акцент с драйвов и защит к образованию и поддержанию отношений с другими. Они подчеркивали роль ранних взаимоотношений, которые затем ребенок переводит во внутренний план (интернализует), а также роль чувств, связанных с этими взаимоотношениями.

Дональд Винникотт (1896-1971) был педиатром и психоаналитиком, проявившим большой интерес к ранним материнско-детским отношениям. Он придал новое направление психоаналитической мысли — направление, концентрирующееся на взаимодействии матери и младенца (не фантазийной матери, а именно реальной матери). Он говорил о «достаточно хорошей матери», которая организует поддерживающую среду, в которой малыш может хорошо развиваться, поскольку его эмоциональные потребности удовлетворяются, а его тревоги успокаиваются. Винникотт считал, что именно качество опыта младенца в первые месяцы жизни является принципиальным *для возникновения ощущения себя личностью.*

Обеспечивая среду младенцу, мать отставляет на задний план собственную субъективность, собственный ритм и заботы, она приспосабливает свои движения, деятельность, все свое существование к желаниям и потребностям младенца. Как только у младенца возникают желания и потребности, «достаточно хорошая мать» интуитивно это желание понимает и так организует среду, чтобы это желание выполнить. Физическая отзывчивость кормящей матери («молоко течет») — это прототип более общей отзывчивости матери на потребности ребенка, ее остро переживаемая потребность бать средством для исполнения желаний младенца.

Важно, чтобы мать была рядом, когда она нужна, но столь же важно, чтобы она отступала на задний план, когда в ней нет потребности. Таким образом, создается «holding environment» — физическое и психическое пространство, внутри которого младенец защищен, не зная о том, что его защищают. Постепенно к переживанию ребенком субъективного всемогущества добавляется опыт *объективной реальности.* Последний не вытесняет предыдущий, а скорее сосуществует с ним. В обычных условиях мать постепенно по мере взросления младенца все больше и больше вспоминает о своих интересах, своих заботах, своем удобстве, и ее реакции на требования младенца становятся чуть более отсроченными. И эта отсроченность все возрастает. Подобные «неудачи» матери «преподносить» младенцу мир имеют мощное следствие. Хотя это и болезненно, но это обретение нового, конструктивного опыта.

Младенец постепенно начинает понимать, осознавая все возрастающее расстояние между желанием и его удовлетворением, что, оказывается, его желания не столь всемогущественны, как ему раньше казалось. Не сами по себе его желания и сигналы создавали удовлетворение, а происходило это с помощью матери. Это возникающее понимание имеет очень большое значение: младенец, который для стороннего наблюдателя всегда был беспомощен и зависим, впервые начинает **чувствовать** свою зависимость. Возрастает постепенное понимание, что мир состоит не только из твоей собственной субъективности, но из многих; что удовлетворение желаний требует не только их выражения, но также и **адаптации к внешней реальности** (переговоров с другими людьми, у которых есть их собственные желания и дела).

Временный опыт субъективного всемогущества, который предоставляется младенцу материнским «держанием», остается весьма ценным ресурсом в течение всей жизни человека. Это принципиально важное переживание позволяет растущему ребенку продолжать воспринимать свои спонтанно возникающие желания и проявления как подлинные, как важные, как имеющие большой смысл, хотя и подлежащие встраиванию в общий социальный контекст (с учетом желаний и возможностей других).

В случае если мать не может предоставить окружение, необходимое для развития здорового чувства «Я», то личностное развитие, по мнению Винникотта, приостанавливается. Вся личность ребенка развивается, не имея ядра, сердцевины. Подлинное ощущение себя замещается адаптивным послушанием, и длится это до тех пор, пока не будет найдена «удерживающая» среда, которая позволит проявиться субъективному спонтанному переживанию (опы-

ту). Эта идея привела к созданию нового направления в психоаналитической психотерапии, когда аналитик пытается создать с пациентом те самые поддерживающие отношения, которые бы позволили пациенту расти и развиваться.

Винникотт описывал «переходный объект», который возникает между 4 и 12 месяцами: младенец часто образует привязанность к какому-то предмету, например, к одеялу или соске. Присутствие этого предмета становится жизненно важным для ребенка, особенно в определенные периоды времени (например, при засыпании или когда он тревожится). Винникотт считал, что переходный объект относится к области, которую он называл промежуточной областью опыта между внутренней и внешней реальностями — «переходное пространство».

За последние несколько десятилетий **Джон Боулби** (1907-1990) был одним из тех, кто оказал наибольшее влияние на соединение психоаналитической мысли с другими науками, включая биологию, антропологию и этологию. В своих исследованиях он опирался на результаты экспериментов, проводимых в этологии (науке о поведении животных).

Боулби интересовался вопросами адаптации человека к среде, и рассматривал инстинкты как врожденную основу для выживания человека, оформленную миллионами лет естественного отбора. Предметом его особенного внимания была природа связи ребенка с матерью *(концепция привязанности).* Боулби считал, что возникновение привязанности к матери — это *инстинктивная система,* которая увеличивает шансы младенца на выживание.

Для описания первичной привязанности ребенка к матери Джон Боулби постулировал следующие положения: младенец обладает врожденным поведенческим репертуаром, направленным на достижение физической близости с матерью (или с другим человеком, постоянно ухаживающим за ним). Боулби описывает 5 инстинктивных реакций: сосание, цепляние, следование, плач и улыбку, — как поведенческие паттерны, специфичные для человека. Все эти паттерны вносят свой вклад в формирование поведения привязанности. В противовес традиционной психоаналитической теории Боулби выдвинул гипотезу, что система привязанности является более значимой внутренней мотивационной системой, чем оральное удовлетворение. Система привязанности активирует ответное материнское поведение и, тем самым, обеспечивает младенцу безопасную основу для исследования мира.

«Объект привязанности» — одно из центральных понятий теории привязанности. Это тот человек, к которому возникает привязанность. Для большинства людей таким человеком является мать, но кровное родство здесь не играет особой роли. Мать может заменить любой человек, способный установить отношения привязанности с ребенком. Первичный объект привязанности обеспечивает ребенку безопасность, надежность и уверенность в своей защите. Только при наличии их ребенок без труда налаживает вторичную привязанность с другими людьми. Чем менее надежной является связь с матерью, тем больше ребенок склонен подавлять свое стремление к другим социальным контактам.

В процессе взаимодействия матери и ребенка формируется *эмоциональная связь* — другая важная концепция Джона Боулби, — внутри которой младенец ощущает особое чувство безопасности и комфорта, и может использовать фигуру привязанности как надежную базу, с которой он может начинать исследовать окружающий мир. Через отношения с матерью младенец постепенно выстраивает индивидуальную психическую репрезентацию взаимоотношений в целом, окружающего мира, матери и себя. Первичная привязанность возникает к 8-9 месяцам. К этому возрасту привязанность фиксируется на определенном лице и складывается *«внутренняя рабочая модель».* Внутренняя рабочая модель накладывает отпечаток на понимание настоящего, воспоминания о прошлом и выбор поведения в новых ситуациях. Это глубинная структура самосознания. Сама она не осознается, но сквозь нее индивид воспринимает и осознает себя и окружающий мир. «Внутренняя модель» ребенка построена из определенных ожиданий и допущений (например, что если он заплачет, то мама возьмет его на руки). Эти ожидания базируются на реальном опыте и, будучи сформированными, оказывают влияние на интерпретацию ребенком нового опыта. В каждых новых взаимоотношениях ребенок будет пытаться воспроизвести знакомый паттерн. Если мать (или ухаживающий за ребенком) отвечает на потребности ребенка с сочувствием и пониманием, тогда у него сформируется образ себя как достойного заботы и выработается «внутренняя рабочая модель» любящего родителя. И, наоборот, если ухаживающий не реагирует на выражаемые ребенком потребности или отвергает их, то у младенца формируются соответствующие ожидания от фигуры привязанности как ненадежной и недоступной, и вследствие этого, образ себя как не заслуживающего заботы.

Качество привязанности, сформированное в раннем детстве, образует ядро личности. Этот вывод Джона Боулби был подтвержден работами Мэри Эйнсворт, которая показала в своих исследованиях, что чувствительность и отзывчивость матери на сигналы ребенка во время кормления, физического контакта, игры и плача в течение первых трех месяцев позволяет предсказать качество привязанности и поведение ребенка в возрасте 12 месяцев в «ситуации с незнакомцем». Эта техника представляет собой стандартные серии трехминутных эпизодов в игровой комнате, где ребенок имеет возможность исследовать игрушки вместе с незнакомым человеком в присутствии или в отсутствии матери. Такая ситуация обычно вызывает у ребенка поведение поиска комфорта у матери. Эйнсворт разделила реакции детей в этой ситуации на три группы. Дети с надежной привязанностью могут использовать мать как надежное основание для ощущения безопасности и быстро успокаиваются после воссоединения с ней. Дети с ненадежной привязанностью могут быть разделены на две категории: с избегающей привязанностью — уходят от контакта с матерью после ее возвращения; с амбивалентной привязанностью — расстраиваются при уходе матери, но никак не могут восстановить ощущение комфорта после воссоединения. Эти дети одновременно и ищут, и избегают контакта. Мэри Мэйн выделяет дополнительно четвертую группу детей, классифицируемую по параметру привязанности как ненадежная —

дезорганизованно-дезориентированная: поведение детей характеризуется растерянностью и тревогой.

Качество привязанности определяется отношением к ребенку матери и высоко коррелирует с поведением матери. Дети группы надежной привязанности имеют наиболее чутких, внимательных и теплых матерей, понимающих и удовлетворяющих все их потребности. Матери детей с избегающей привязанностью эмоционально холодны, невнимательны к потребностям ребенка и излишне требовательны. Матери детей с амбивалентной привязанностью неустойчивы, непоследовательны и непредсказуемы.

Исследования показали, что качество привязанности в раннем детстве может служить надежным предсказателем адаптивности ребенка в более позднем возрасте. Были проведены лонгитюдные исследования, в которых дети были прослежены вплоть до 10-11 лет. Учителя, которые ничего не знали о предыстории, оценили детей с надежной привязанностью как более независимых, любознательных, творческих и уверенных в себе. Более того, они обратили внимание, что эти дети могут использовать учителей как ресурс в трудных ситуациях: после нескольких самостоятельных попыток справиться с ситуацией они обращаются за помощью к учителям. Эти дети легче устанавливают контакты со сверстниками и проявляют больше эмпатии.

Концепция привязанности Джона Боулби стало основой для переосмысления личностного развития и психопатологии в рамках психоанализа. Ощущение эмоциональной безопасности стало трактоваться как отражение уверенности в доступности объекта привязанности. Эта уверенность выстраивается постепенно в течение всего раннего детства. Разнообразные тревоги уходят корнями в базовую тревогу, связанную с отделением от объекта привязанности. Злость — это, прежде всего, протестная реакция на отделение. Иначе говоря, вокруг привязанности организуется весь эмоциональный опыт в раннем детстве.

Современный психоанализ рассматривает систему привязанности как исходную движущую силу развития и служащую впоследствии фоном для формирования других мотиваций.

Рене Спитц

Опубликованная в 1940 г. работа Рене Спитца (1887-1974) «Госпитализм» сыграла решающую роль в усилении интереса к вопросу Среды (окружения). Эта работа не оставила сомнений в том, что каков бы ни был врожденный потенциал человека, его реализация невозможна, если отсутствует эмоциональная связь с другим человеком. Спитц изучал детей, оставленных родителями с момента рождения в детских домах, при этом их физические потребности полноценно удовлетворялись, но они были лишены сопутствующих этому длящихся взаимодействий.

Эти дети однозначно становились вялыми, отрешенными, болезненными. Если этот эмоциональный голод продолжался более трех месяцев, то ухудшалась зрительная и моторная координация. К концу второго года одна треть

этих детей умирала. К четвертому году из оставшихся в живых лишь немногие могли сидеть, стоять, ходить, говорить. Если, однако, мать возвращалась в течение первых трех месяцев жизни, то этот разрушительный процесс останавливался, и восстанавливалось нормальное развитие.

Напомним, что Фрейд считал депривацию стимулом к развитию Эго, который и обеспечивает поворот к реальности. Исследования Спитца показали, что в отсутствие любящего человека «каменная стена реальности» приводит к «неспособности выжить», смертельна.

Большую часть своей профессиональной жизни Спитц посвятил изучению роли Среды в формировании личности ребенка. Он использовал методы экспериментальной психологии: наблюдал, снимал на кинопленку, интервьюировал, тестировал, и все это в поисках ответа на вопрос: что же связывает мать и младенца. Фактически он первым провел экспериментальное исследование объектных отношений между младенцем и ухаживающим, он проследил, как биологически приспособительная связь между ребенком и матерью постепенно превращается в многогранный психологический ресурс для ребенка.

Спитц считал, что младенец после рождения продолжает слитные взаимоотношения с матерью, которые в утробе существовали на физиологическом уровне, а теперь приобретают вид психологической слитности с матерью. Мать, с ее более развитыми психическими способностями, представляет собой среду для беспомощного, уязвимого младенца. Спитц сравнивает новорожденного со слепым, который неожиданно прозрел. Как и прозревший, новорожденный оглушен морем бессмысленных стимулов, которые он не может переработать. Мать, перерабатывая опыт за младенца, выступает как «вспомогательное Эго», регулируя количество нового опыта, успокаивая младенца, защищая его от перестимуляции до тех пор, пока он не разовьет способности Эго самостоятельно перерабатывать и регулировать опыт.

Спитц проявлял особенный интерес к тому, как младенец приобретает способности, которые изначально обеспечивает мать-среда. А именно, как развивается автономное Эго, позволяя тем самым младенцу опознавать, что в потоке опыта, приходящего из окружающего, имеет значение. Спитц пришел к заключению, что между матерью и младенцем развивается сложный паттерн взаимодействия, своего рода «диалог», то есть цикл последовательных действий — реагирования — действий внутри взаимоотношений мать-ребенок. Именно этот диалог помогает младенцу шаг за шагом преобразовывать бессмысленные стимулы в осмысленные сигналы.

Этот диалог первоначально имеет место за рамками вербального и жестового каналов взрослого общения, которые основаны на знаковой функции сознания (способности понимать символы). Мать общается с ребенком, используя общую сенсорную чувствительность (еще не дифференцированные ощущения). Происходит это через физический контакт, телесное напряжение, позу, движение, ритм, тон голоса. Через многократные повторения эмоциональных паттернов взаимодействия мать способствует постепенному построению опознаваемых систем значений из общего хаоса стимуляций, закладывая тем самым основы того, что впоследствии разовьется в способность восприятия.

Таким образом, Спитц привнес в психоанализ новую составляющую развития, а именно возрастающую структуризацию способностей Эго на первом году жизни, внутри взаимоотношений с матерью. Иначе говоря, Спитц продемонстрировал, что практически каждый аспект раннего психического развития опосредуется через материнское окружение. Этот пересмотр теории привел к сдвигу внимания к вопросам, связанным с началом разделения ребенка с матерью и появлением субъективного чувства идентичности.

Маргарет Малер

Маргарет Малер (1897-1985) стала тем исследователем, который пролил свет на нормальные и патологические черты процесса становления идентичности ребенка. М. Малер предположила, что психологическое рождение человека не совпадает с физическим рождением. Четкое, надежное ощущение индивидуального бытия («Я») возникает постепенно в течение первых 18 месяцев жизни. Первоначально у ребенка нет независимого чувства себя, скорее диффузная симбиотическая слитность с матерью. Материнские интеллектуальные способности и физические ресурсы в течение довольно длительного периода времени ощущаются ребенком как бы *внутри* границ его собственного «Я». И только постепенно в ходе процесса отделения — индивидуации, вместе с развитием способностей Эго вырисовывается отдельное «Я».

Проводя наблюдения за нормальными и больными детьми, Малер постепенно подошла к переосмыслению природы ранних периодов жизни человека. Фрейд характеризовал начальный период как не направленный на объекта; стадия, которую он назвал «первичным нарциссизмом». Однако Малер говорит, что уже в первые месяцы жизни ребенок ломает «аутентическую скорлупу» и вступает в самую раннюю из всех возможных эмоциональных связей — «нормальный симбиоз». Она затем прослеживает развитие психологической эволюции ребенка и показывает решающую роль матери в этом процессе. Маргарет Малер описывает психологическое рождение ребенка, которое выражается в прохождении им *процесса отделения — индивидуации.* Отделение -- это установление чувства физической отдельности от другого. Достигается постепенным различением ощущений внутри тела от того, что вне тела. Индивидуация описывает скорее аспект эмоционального отделения, психологическую способность отойти от мамы. Начало процесса отделения-индивидуации относится к возрасту 4-6 месяцев, когда младенец впервые начинает проявлять интерес к окружающему миру за рамками диалога с матерью.

Процесс отделения-индивидуации проходит в своем развитии 4 подфазы, каждая из которых имеет начало, нормальный выход и свои области риска.

1. Первая подфаза — дифференциация (в возрасте 5-10 месяцев). О ее начале свидетельствует увеличение интереса ребенка к внешнему миру, появление реакции слежения, большая направленность взгляда вовне, взгляд часто возвращается к матери как к точке отсчета. Эта фаза достигает вер-

шины примерно к 9 месяцам, когда способность к передвижению и физическое развитие переводят ребенка в следующую подфазу.

2. Фаза упражнений (в возрасте 10-15 месяцев). Появляется автономное функционирование, возникает интерес к исследованию спектра возможностей тела и его движений. Вместе с обретением способности стоять и ходить младенец получает возможность удаляться от объектов и приближаться к ним. Он получает от этого максимум удовольствия, просто захвачен изучением расширившегося мира. Он просто захвачен чувством собственного «всемогущества». Впервые на этой фазе, погружаясь в упражнения, ребенок «выключает» маму из переднего плана своего сознания. Но, несмотря на то, что ребенок физически отдаляется от матери, психологически он переживает себя как все еще слитного с ней.

3. Между 15 и 24 месяцами наступает подфаза «Raprochement» («возвращение»). Термин, означающий (по-французски) восстановление гармоничных, дружеских отношений.

В этот период ребенок испытывает состояние мощного психического дисбаланса. Теперь психологическое развитие догоняет физическое созревание, принося с собой расстраивающее понимание, что способность к передвижению в пространстве, по сути, означает психическую раздельность с матерью. Прежде бесстрашный в своих действиях, «тоддлер» может стать осторожным, держа свою мать постоянно в поле внимания, с тем, чтобы через действие и зрительный контакт он мог бы регулировать этот новый опыт своей отдельности (часто возвращаются к матери «подпитываться»). Страх потерять симбиотическую мать приводит к попыткам ребенка постоянно ее контролировать.

Существует риск, что мать может неправильно истолковать это прогрессивное явление как регрессивное, и будет реагировать раздражением и недоступностью, увеличивая у начинающего ходить ребенка страх, что его совсем бросят и, следовательно, усиливая желание быть все время рядом с матерью. Ведь у ребенка пока еще нет психической способности функционировать как независимое существо.

Характерным для фазы является противоречивость желаний: одновременно ребенком владеют желание быть независимым и желание, чтобы мать все его желания волшебно выполняла. Амбивалентность чувств, амбивалентность желаний делают фазу психологически трудной как для родителей, так и для самого ребенка.

Субфаза «возвращения» обычно в той или иной мере накладывает отпечаток на весь последующий характер человека. Малер отмечала, что основополагающий фон настроения, вероятнее всего, закладывается именно на этой фазе развития; недостаток принятия и эмоционального понимания матерью в этой подфазе вносит значительный вклад в предрасположенность к угнетенным состояниям.

Все мы имеем потребность одновременно в уединении и в близости, в автономности и в зависимости. То, как человек справляется с этими дилеммами в более поздней жизни, является отражением разрешения им конфликта данной подфазы. Когда враждебные чувства перевешивают нежные, то об-

раз матери может так сильно нарушиться проекцией злых чувств, что ребенок окажется не в состоянии относиться хорошо ни к матери, ни к самому себе. Если же ребенок сможет принять и переносить наплыв враждебных чувств к фрустрирующей матери, понимая, что это та же самая мать, которую он любит в другое время, тогда он сможет объединить «плохие» и «хорошие» образы объекта (матери) и самого себя в устойчивые образы. Рассматривая мать как «в основном, хорошую», ребенок чаще хочет доставить ей приятное, сознательно отказываясь от немедленного удовлетворения своих желаний ради достижения любви матери. Это указывает на вступление ребенка в следующую подфазу.

4. Начало константности эмоционального объекта. Объектная константность достигается обычно к 3 годам. Малер считала, что утешающие функции, которые первоначально несла в себе мать, становятся интернализованными и постоянно внутренне доступными. Она считала, что установление константности эмоционального объекта способствует развитию независимого эго-функционирования.

Таким образом, Малер и Спитц привели к новому пониманию происхождения человеческой психики. Младенец, описанный эго-психологами, возникает из симбиотического союза с матерью. Психологическое рождение младенца не совпадает с его физическим рождением. Материнская забота «вынашивает» хрупкую психику ребенка точно так же, как раньше ее тело вынашивало самого младенца.

Итак, в современном психоанализе существует большое число концепций развития. Мы привели лишь некоторые из существующих направлений. Каждая теория рассматривает личность под определенным углом зрения, с различных сторон. Однако все вместе они представляют собой ценный инструмент понимания человеческой личности. Эффективные терапевтические вмешательства должны быть основаны на знании всего комплекса факторов, оказывающих влияние на развитие личности.

Психоаналитическая теория развития не является завершенной. Это учение, продолжающее накапливать клинический опыт и на его основе создающее новые теоретические знания. Именно пластичность и способность к развитию определяют живую, развивающуюся систему, каковой и является психоанализ.

НЕАНАЛИТИЧЕСКИЕ ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

Эволюционно-динамический, то есть онтогенетический подход в науке к изучению психики начался со времен работ Ч. Дарвина (1859).

Необходимость исследования детства для понимания эволюционных процессов, характеризующих эволюционную жизнь человека, привела к появлению многочисленных работ, описывающих душевную жизнь ребенка.

На рубеже XIX и XX веков родилась наука «педология», получившая признание и распространение в Америке и Европе. Возникновение педологии связывают с именем С. Холла (1881). Однако еще за 13 лет до С. Холла схожие мысли высказывал русский педагог К. Д. Ушинский.

В 1881 г. С. Холл создал кафедру психологии и педагогики Балтиморского университета и основал первую американскую психологическую лабораторию. США стали родиной педологии — науки, объектом изучения которой является ребенок, а основным вопросом — выяснение природы его развития, и сосредоточившей основное внимание на качественных изменениях в деятельности ребенка на каждом этапе его развития. Особенностью педологического изучения ребенка является комплексный подход: это и медицинский, и физиологический, и психологический, и педагогический.

В современной психологии выделилось несколько дисциплин, связанных с изучением детства. Это — детская психология, исследующая возникновение и основные этапы развития психики ребенка; педагогическая психология, изучающая закономерности обучения и воспитания детей, подростков, взрослых; медицинская психология, изучающая возрастные особенности психических заболеваний у детей, формирование психических функций у ребенка, страдающего тем или иным отклонением в психическом развитии в связи с физическим или душевным страданием.

Многие авторы пытаются ответить на вопросы: как происходит процесс развития личности — непрерывно или скачкообразно; наследственность или социальная среда играет главенствующую роль в развитии психики человека.

В результате существуют следующие теории.

1. Теории научения.
2. Когнитивные теории.
3. Психоаналитические теории.
4. Гуманистические теории.
5. Этология.

Теории научения

Согласно теории научения, большинство форм поведения приобретается путем накопления опыта, знаний, формирования умений и навыков.

Научение — всеобъемлющий процесс, охватывающий широкий спектр форм поведения. Процесс превращения ребенка в подростка, во взрослого происходит за счет постепенного непрерывного накопления опыта посредством научения, в результате чего увеличивается количество знаний и навыков.

Наука о человеческом поведении своими корнями уходит в учение И. П. Павлова об условных рефлексах и в исследования Д. Б. Уотсона (1878-1958) по научению, а также в философские воззрения Дж. Локка (1632-1704), который считал, что у людей нет врожденных идей, а поведение, мысли и чувства формируются под воздействием внешней среды.

Теории поведения создавались индуктивным способом: исследователи собирали «факты», наблюдая за тем, что и как делают люди; они тщатель-

но определяли и контролировали стимулы, предъявляемые в экспериментах, а затем регистрировали поведенческие реакции у испытуемых на эти стимулы.

Последователи данного направления считали, что люди являются «реактивными существами», то есть они просто реагируют на воздействие внешней среды. Индивидуум формируется в процессе образования связей между стимулами и своими реакциями, то есть между вариантами своего поведения и последствиями его. Таким образом и происходит научение.

С точки зрения этих исследователей, психика, ее внутренняя работа недоступна наблюдению и описанию извне, с позиции внешнего наблюдателя. Тем самым они отказывают людям в возможности описывать их собственные мысли и чувства; они не признают ни бессознательных, ни генетических детерминант поведения.

Это направление в объяснении формирования психики имеет название «бихевиористское», от английского термина «behavior» - «поведение». Классическим представителем его является Б. Ф. Скиннер (1904-1990).

Согласно бихевиористской модели, все формы модели поведения индивида, включая и эмоциональные реакции, и ценности, и установки, определяются воздействиями внешней среды в прошлом и настоящем. Поэтому бихевиористы при описании поведения избегают пользоваться такими понятиями, как вина, стыд, уважение, достоинство. Поскольку люди — продукт всех эпизодов своей личной истории научения, их поступки не заслуживают ни одобрения, ни порицания. Человеческое поведение, с их точки зрения, запрограммировано на протяжении всей жизни человека и неподвластно контролю индивидуума (Б. Ф. Скиннер)

Особое внимание бихевиористы уделяли процессу научения. Базисная форма научения — обусловливание. Классическим примером обусловливания являются эксперименты И. П. Павлова (1927) по выработке условных рефлексов.

В экспериментах на младенцах Lipsitt и Кауе (1964) показали,что у детей уже с первых лет жизни идет процесс научения — выработка условных рефлексов. Условно-рефлекторным путем могут быть выработаны такие эмоциональные реакции, как страх; при этом у детей эти реакции могут распространяться и на похожие объекты — происходит *генерализация раздражителя.*

В повседневной жизни детей подобная генерализация раздражителя часто имеет место (болезненный укол и белый халат того, кто делал укол, приводят к возникновению страха — врачей, лекарств, поликлиники и т. д.). Условно-рефлекторным путем могут возникать и положительные эмоциональные реакции (возникновение чувства удовольствия при звуках когда-то нравившегося музыкального произведения или при упоминании имени симпатичного для индивида человека и т. д.).

Возникает вопрос: если у человека (ребенка) образовалась связь между нейтральным раздражителем и неприятной эмоцией (страхом), есть ли возможность изменить эту условную реакцию, то есть возможно ли противообус-

ловливание? При противообусловливании нейтральный раздражитель, ранее связанный с отрицательным эмоциональным переживанием (нейтральный раздражитель — страх), неоднократно сочетают с действием, вызывающим у индивида положительный спектр переживаний, то есть постепенно формируется новая ассоциативная связь: нейтральный раздражитель — положительная эмоция.

Таким образом, при противообусловливании происходит угасание старой, не подкрепляемой более условной связи: нейтральный раздражитель — страх, и формирование новой, подкрепляемой условно-рефлекторной связи: нейтральный раздражитель — положительная эмоция.

Подобная процедура лежит в основе такой поведенческой психотерапевтической методики, как последовательная десенсибилизация (десенситизация), используемой в лечении фобий, отмечали Wolpe и соавт. (1964).

Однако для освоения сложных форм поведения, так называемого произвольного (оперантного) поведения, методика классического обусловливания на основе выработки условного рефлекса неприменима. При оперантном обусловливании поведение невозможно вызвать автоматически. Поведение уже должно быть до того, как последует поощрение. При этом повторяется то поведение, которое вознаграждается. Э. Торндайк (1911) посредством эксперимента обнаружил то, что он назвал законом эффекта: последствия поведения определяют вероятность его повторения.

Б. Ф. Скиннер провел ряд экспериментов на животных и выявил, что поведение может быть в ряде ситуаций предсказуемым, поскольку подчиняется определенным законам.

Типичная модель Скиннера включает в себя компоненты: различаемый стимул, реакция индивида и подкрепление.

Первый (различаемый стимул) сообщает индивиду о наступлении акта научения. Реакцией является оперантное поведение, которое в свою очередь обусловливает подкрепление, если оно адекватно. Поэтому Скиннер и назвал свой тип обусловливания оперантным обусловливанием. Далее подкрепление увеличивает вероятность повторения оперантного поведения.

Например, ребенку дается хлеб, который он кладет в рот (хлеб — стимул): Его за это хвалят, гладят (подкрепление). Однако родители хотят, чтобы ребенок ел хлеб только за столом. Тогда они поощряют ребенка только тогда, когда он ест хлеб за столом (стол — различаемый стимул).

Для обучения сложным действиям поведение строится шаг за шагом, каждый из которых подкрепляется, вознаграждается.

Желательное поведение подкрепляется в каждом шаге обратной связью (каким-либо вознаграждением или поощрением).

Многие из принципов научения применяются при программированном обучении.

В последние десятилетия XX века принципы классического и оперантного обусловливания стали основой поведенческого анализа: были разработаны многочисленные педагогические и терапевтические программы для обучения, переучивания с целью коррекции поведения у тех или иных групп лиц.

Программы, формирующие поведение в терапевтических целях, называются модификацией поведения, одна из которых — жетонная система.

Жетонная система нашла себе широкое применение в обучении как здоровых, так и больных детей (умственная отсталость, аутизм); как в школьной, так и в домашней обстановке. При этом цель обучения — развитие умений обучаемого до степени, когда они становятся навыками настолько нужными, что уже не требуется подкрепления жетонами.

Следующим этапом в развитии теории научения явилась теория *социального научения.*

Ведущий теоретик этого направления А. Бандура (1977) утверждал, что в процессе жизни индивид замечает, какие его действия успешны, какие — нет, и может регулировать сознательно свое поведение. То есть, наблюдая за последствиями поведения, индивид получает информацию, побуждение к действию и осознаваемое подкрепление. Таким образом, теория сознательного научения отводит мышлению большую роль в руководстве поведением. При этом индивид имеет возможность наблюдать не только за собственным поведением и его последствиями, но и за поведением и последующей реакцией других людей.

С раннего возраста ребенок усваивает различные аспекты поведения в соответствии с ожиданиями окружающих. Постепенно в процессе взросления ребенок, подросток усваивает ценности, установки тех общностей, к которым он принадлежит. Сначала имеет место подражание и следование модели поведения родителей, учителей, соучеников и т. д., а далее усвоенные формы поведения становятся «собственными».

Однако в дальнейшем А. Бандура (1986) расширил рамки собственных представлений о роли мышления в процессе познания, научения (социальная когнитивная теория). Уже с детского возраста процесс научения детей происходит не только за счет поощрения и наказания, но и за счет того, что дети обладают способностью наблюдать собственное поведение, поведение других детей и взрослых, осознавать последствия своего и чужого поведения и могут предвидеть последствия своего поведения на основе прошлого опыта.

Таким образом, теория научения постепенно сближается с когнитивными теориями развития психики детей.

Когнитивные теории

В ранее рассмотренных теориях научения индивид выступает в роли пассивного объекта, действующего под влиянием факторов внешней среды. Однако, как было указано выше, и представители бихевиористского направления постепенно признали роль мышления, роль активности индивида в процессе становления его личности.

Представители когнитивного направления изначально считали, что индивид является мыслителем, он не только получает, но и обрабатывает информацию, то есть он не только реагирует на стимулы, но он их структурирует и придает им определенный смысл. Развитие, с точки зрения последователей

когнитивных теорий, представляет собой эволюцию психических структур или способов обработки информации, частично генетически запрограммированных и зависящих от зрелости индивидуума.

Сторонники когнитивной психологии изучают качественные изменения в поведении индивида, происходящие по мере его роста и созревания.

Рост — это количественные изменения в процессе совершенствования той или иной психической функции.

Развитие — закономерное изменение во времени психических процессов, выраженное в их количественных, качественных и структурных преобразованиях.

Развитие характеризуется этапностью, когда происходят количественные изменения (рост) и кризисы развития, происходят качественные изменения, приводящие к переходу на следующий этап развития.

Одним из первых представителей когнитивного направления является швейцарский психолог Жан Пиаже (1896-1980).

По мнению Пиаже, если получаемые человеком сведения, образы или субъективные переживания соответствуют структуре его интеллекта, то они «понимаются», «ассимилируются», то есть интерпретируются, исходя из существующих психических структур, без их изменения («ассимиляция»). Однако если новый объект (сведения, образ, переживания) не соответствуют структуре интеллекта, то есть «не укладываются» в уже имеющиеся понятия, то происходит изменение мыслительного процесса (изменение понятия или формирование нового — «аккомодация»).

Интеллект стремится к равновесию между ассимиляцией и аккомодацией, то есть к устранению расхождений между реальностью и ее «умственным отображением». Этот процесс «уравновешивания» лежит в основе любой биологической адаптации.

Для обозначения психических структур Пиаже использовал термин «схема». С его точки зрения, схема — способ обработки информации, меняющийся по мере роста и увеличения количества знаний. Он описывает два типа схем: сенсомоторные схемы и когнитивные схемы (понятия).

По мнению Пиаже, процесс развития интеллекта происходит таким образом: «схемы» организуются в операции, различные сочетания которых соответствуют качественно различным стадиям когнитивного роста. В этом развитии Пиаже выделял 4 качественно различные стадии (периода):

1-я — сенсомоторная стадия (от 0 до 1,5-2 лет).

2-я — дооперациональная стадия (от 2 до 7 лет).

3-я — стадия конкретных операций (от 7 до 11-12 лет).

4-я — стадия формальных операций (от 12 лет и старше).

На 1-й стадии младенцы познают мир только посредством действий — дотрагивание, хватание, сосание, рассматривание, кусание и др.

На 2-й стадии дети формируют понятия, пользуются символами — языком для общения с окружающим. Понятия ограничены непосредственным опытом ребенка. У детей ограниченные «магические» представления о причинах и следствиях.

На 3-й стадии дети начинают мыслить логически, производить классификацию объектов по нескольким признакам и оперировать математическими понятиями.

На 4-й стадии подростки способны провести анализ решения логических задач как конкретного, так и абстрактного содержания; они могут строить планы на будущее или вспоминать прошлое, рассуждать по аналогии и метафорически.

Пиаже считал, что в развитии детей важно не ускорять стадии, а предоставить им возможности по реализации роста соответственно стадии развития.

Однако другие представители когнитивного направления подвергали критике теорию Пиаже, считая, что когнитивное развитие (как и развитие в целом) является не скачкообразным, а непрерывным, ориентированным на движение вперед.

Сторонники *информационного подхода* к развитию используют аналогию с компьютером для разработки программы исследований способов приема, обработки и хранения информации человеческим интеллектом.

Сторонниками этого направления были проведены исследования способности обрабатывать информацию у детей разного возраста.

Подводя некоторый итог, можно сказать, что как для представителей бихевиористского направления, так и для последователей когнитивных теорий, ребенок представляется некой уменьшенной копией взрослого.

С точки зрения бихевиористов, человек, а значит, ребенок — это некая биологическая машина, которая, благодаря внешним воздействиям (обучение — воспитание) усваивает опыт общения, взаимодействия с миром людей и предметов, и при этом формирует правила, цели, установки, ценности в соответствии с требованиями (поощрениями, наказаниями) «учителя». Следовательно движущая сила развития психики ребенка — внешний по отношению к ребенку фактор (социальная среда).

В то же время для сторонников когнитивных теорий, человек (ребенок) представляется тоже некой биологической машиной, но в которую уже генетически заложен определенный интеллект, который по мере роста ребенка проходит в своем развитии определенные стадии.

Социальная среда лишь создает условия, в которых более или менее успешно проявляются мыслительные способности ребенка, подростка, взрослого.

Образно говоря, у бихевиористов мог быть лозунг «дайте ребенка, мы его научим», а у сторонников когнитивного направления — «что выросло — то выросло, на осине не родятся апельсины».

Как развивались теории развития личности детей и подростков в России?

В конце XIX века, первых десятилетиях XX века начала выделяться педиатрия как самостоятельная наука.

В это время еще не существовала как отдельная наука и специальность детская психиатрия. Основной проблемой психиатрии в отношении детей была диагностика уровня психического развития и определение обучаемости детей, и поэтому не случайно изучение детей в психиатрии началось с созда-

ния тестов, определяющих умственное развитие детей. Ум и обучение, мышление и научение, «когнитивисты» и «бихевиористы».

Российские психиатры и психологи также не остались в стороне от проблем, связанных с изучением формирования психики у детей. Следует упомянуть имя одного из первых российских детских психиатров — *Н. И. Озерецкого* (1923). Он считал, что психическое развитие ребенка тесно связано с его моторным развитием; по уровню развития моторных функций можно судить об уровне психического (умственного) развития ребенка. Им была создана методика «Метод массовой оценки моторики у детей и подростков», которая представляла собой «батарею тестов» на выявление различных двигательных функций в соответствии с возрастом. С помощью этой методики у детей и подростков определялся уровень развития:

1. Статической координации.
2. Динамической координации и соразмерности движений.
3. Скорости движений.
4. Силы движений.
5. Сопровождающих движений.

Методика была предназначена для определения уровня психомоторного развития учеников школ с целью выявления способности к обучению. Достоинствами методики были:

1. Широта охвата показателей психомоторного развития.
2. Простота проведения и возможность групповых исследований.
3. Стандартизированность для разных возрастных групп обследуемых.
4. Высокий уровень валидности и надежности.

В 1955 г. на основе методики была создана шкала Линкольна-Озерецкого, в которую были введены новые субшкалы оценки, проведена заново стандартизация. Эта методика используется специалистами, которые занимаются психомоторикой [Гильомин Ж.-Б., Лежандр Ж.-П., 1996].

Известный детский психиатр Г. Е Сухарева (1955) большое значение предавала возрастному фактору в формировании психики детей. Она считала, что в жизни ребенка существуют «периоды повышенной восприимчивости к различным вредностям», к которым в первую очередь относятся периоды «возрастных кризов» (первые недели внутриутробной жизни, первые 6 месяцев после рождения, 2-4 года, 7-8 лет, 12-15 лет). Заболевания (нервно-психические расстройства), начинающиеся в возрасте «кризов», имеют более тяжелое и более прогностически и терапевтически неблагоприятное течение.

Детский психиатр Г. К Ушаков (1973) выделял следующие этапы формирования психики:

1. Моторный (1-й год жизни).
2. Сенсомоторный (1-3 года).
3. Аффективный (3-12 лет).
4. Идеаторный (12-14 лет).

Исходя из биогенетической теории этапности индивидуального развития, В. В. Ковалев (1969, 1973) выделил 4 основных возрастных преимущественных уровней нервно-психического реагирования у детей и подростков:

1. Соматовегетативный (0-3 года).
2. Психомоторный (4-10 лет).
3. Аффективный (7-12 лет).
4. Эмоционально-идеаторный (12-16 лет).

Первому, наиболее онтогенетически раннему *соматовегетативному уровню* реагирования соответствуют различные варианты синдрома невропатии (расстройств вегетативных функций питания, сна и т. д.), которые имеют место в возрасте от 0 до 3 лет в ответ на различные воздействия (при пневмонии, при кишечной инфекции, при психозе, при отрыве от матери у ребенка возникают симптомы расстройства сна, подъем температуры тела, рвота, понос, судороги и т. д.). Появление подобных симптомов в более старшем возрасте может указывать на то, что определенное неблагополучие уже имело место в этом возрасте (например, невротические расстройства пищевого поведения в школьном и подростковом возрасте являются указанием на тот факт, что в раннем возрасте имелись и зафиксировались подобные нарушения в ответ на нарушения отношений с матерью в возрасте от 0 до 3 лет).

К *психомоторному уровню* реагирования относятся: гипердинамический синдром, тики, заикание, мутизм. В возрасте 4-10 лет эти симптомы возникают у детей как неврозоподобные, так и невротические.

Возможно, появление подобной симптоматики именно в этом возрасте связано с наиболее интенсивной дифференциацией функций двигательного анализатора в период с 6 до 12 лет. Возникновение подобной симптоматики в более позднем возрасте заставляет предположить (в случае невротического характера симптомов), что в возрасте 6-12 лет имелись проблемы, связанные с запретом двигательной активности ребенка и в процессе психотерапии важным этапом будет исследование того, что происходило с пациентом в период 6~12 лет.

Аффективный уровень реагирования несколько «наслаивается» на предыдущий. Наиболее характерными симптомами этого уровня являются страхи, фобии, аффективная возбудимость, уходы и бродяжничество. Этиологически они могут быть невротическими, при эпилепсии, при шизофрении и т. д. Однако они могут быть связаны и с этапом созревания личности ребенка.

Появление этих симптомов в более позднем возрасте в качестве невротических расстройств может свидетельствовать о том, что в возрасте 5-8 лет у ребенка не были завершены проблемы взаимоотношений в треугольнике мать-ребенок-отец, и в процессе психотерапии необходимо обратиться к материалу этого раннего периода жизни.

В препубертатном и пубертатном возрасте проявляется *эмоционально-идеаторный уровень* реагирования.

Для данного уровня характерно формирование сверхценных образований, на основе которых проявляются реакции протеста, эмансипации, нервная анорексия, дисморфофобия, сверхценные увлечения и интересы и т. д.

При этом подобные симптомы могут быть отражением формирования психики здоровой личности, невротическими переживаниями, симптомами психоза.

С точки зрения В. В Ковалева, наличие симптомов более раннего уровня реагирования (например, соматовегетативные расстройства у детей старше 10 лет) является свидетельством инфантилизма или повторением симптомов, имевших место в возрасте, соответствующем по симптомам уровню реагирования.

Однако детских психиатров интересовали в первую очередь патология и закономерности, связанные с патологическим формированием личности.

Проблемами же, связанными с формированием психики здорового ребенка и связанным с этим обучением, занимались «педагогические психологи» — педологи.

Выдающуюся роль в решении проблемы периодизации психического развития в детском возрасте сыграли крупные советские психологи П. П. Блонский, Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, Д. Б. Эльконин.

По мнению Д. Б. Эльконина (1970 г.), «проблема периодизации психического развития в детском возрасте является фундаментальной проблемой детской психологии. Через определение периодов психического развития и через выявление закономерностей переходов от одного периода к другому в конечном счете может быть решение проблемы движущих сил психического развития».

П. П. Блонский считал, что детское развитие является процессом в первую очередь качественных преобразований, сопровождающихся скачками, переломами. В то же время он говорил о том, что изменения (преобразования) могут происходить резко, критически и постепенно, литически. Он предложил называть эпохами те отрезки жизни ребенка, которые отделяются друг от друга кризисами и фазами, разрешение которых происходит литически.

Л. С. Выготский считал, что развитие ребенка есть постоянный переход от одной возрастной ступени к другой, связанный с изменением и построением личности ребенка. По его мнению, развитие психики ребенка характеризуется наличием *периодов стабильности,* когда идет формирование *психических новообразований, и периодов кризисов.*

Он считал, что «кризис развития — это сосредоточение резких и капитальных сдвигов и смещений, изменений и переломов в личности ребенка. Кризис — цепь внутренних изменений ребенка при относительно незначительных внешних изменениях.

Сущность каждого кризиса — перестройка внутреннего переживания, определяющего отношение ребенка к среде, изменение потребностей и побуждений, движущих его поведением.

При этом одним из определяющих факторов развития являются *условия,* в которых проходит развитие. Еще один важнейший фактор — движущие силы развития, что является источником энергии развития.

Суть кризиса — в противоречиях, протекающих остро, порождающих сильные эмоциональные переживания и далее — возможные нарушения поведения и взаимоотношений детей со взрослыми.

Кризис — это начало перехода от одного этапа развития к другому, он возникает на стыке двух возрастов и знаменует завершение одного периода и начало другого.

Источник кризиса — в противоречиях между возросшими потребностями и возможностями ребенка и взаимоотношениями с окружающими людьми и видами деятельности.

От рождения до юношества ребенок проходит в развитии 5 кризисов, каждый из которых имеет и свое анатомо-физиологическое воплощение в характерных изменениях соматических параметров организма:

— кризис новорожденных;
— кризис 1-го года жизни;
— кризис 3 лет;
— кризис 7 лет;
— кризис полового созревания.

Л. С. Выготский указывал на необходимость рассмотрения развития аффективной и интеллектуальной сфер в динамическом единстве, что явилось шагом вперед от чисто когнитивной теории в сторону психодинамического понимания развития.

Однако ему не удалось дать ответ на вопрос, что же является движущей силой развития.

Исследования А. Н. Леонтьева и С. Л. Рубинштейна ввели в рассмотрение проблемы становления и развития психики понятия деятельности. При этом менялось представление о движущих силах развития и о принципах выделения его стадий. Решение вопроса о движущих силах психического развития смыкалось с вопросом о принципах выделения отдельных стадий в психическом развитии детей.

А. Н. Леонтьев: «В изучении развития психики ребенка следует исходить из его деятельности так, как она складывается в данных конкретных условиях его жизни».

Д. Б. Эльконину удалось рассмотреть развитие личности ребенка в динамическом единстве мотивационно-потребностной (аффективной) сферы и интеллекта (операционно-технических возможностей), рассматривая в качестве движущей силы развитие *системы отношений и деятельности в едином процессе* на разных фазах и в разные периоды развития психики ребенка и выявить характерные для процесса развития закономерности.

С точки зрения Д. Б. Эльконина, «для Ж. Пиаже интеллект есть механизм адаптации, а его развитие есть развитие форм адаптации ребенка к "миру вещей". Для 3. Фрейда механизмы вытеснения, цензуры, замещения выступают как механизмы адаптации ребенка к "миру людей"».

Сам же Д. Б. Эльконин считает, что «деятельность ребенка внутри систем "ребенок — общественный предмет" и "ребенок — общественный взрослый" представляет единый процесс, в котором формируется его личность». Деятельностью ребенка он считает в первую очередь ролевую игру ребенка, его общение с людьми и предметами.

Система «ребенок-вещь» — «ребенок-общественный предмет», по мнению Д. Б. Эльконина, важна не только для усвоения, что такое предмет, ребенку недостаточно усвоения физических характеристик вещи; наиболее важным для развития ребенка является усвоение общественных способов действий с предметами. Физические свойства лишь ориентиры для действия с нею.

Ребенок, усваивая общественно выработанные способы действий с предметами, формирует собственную личность как члена общества, свой интеллект, свои силы как познавательные, так и физические. Именно по уровню овладения действиями с предметами ребенок сравнивает себя с ровесниками, старшими детьми, взрослыми, оценивает свои возможности.

Система «ребенок-взрослый», на самом деле, это «ребенок-общественный взрослый», так как взрослый для ребенка не только носитель индивидуальных качеств, но и обладатель определенных общественных видов деятельности, вступающих в разнообразные отношения с другими людьми. Усвоение детьми задач, мотивов, норм отношений, существующих в деятельности взрослых, осуществляется через моделирование этих отношений с детьми (ролевая игра, учеба и т. д.).

Какова же периодизация психического развития детей по Д. Б. Эльконину с учетом систем отношений и ведущей деятельности ребенка на разных этапах развития?

Первая эпоха в жизни ребенка — раннее детство, которая состоит из двух периодов.

1. *Младенчество.*

По мнению Эльконина, ведущая деятельность младенца — непосредственно-эмоциональное общение со взрослыми, внутри этой деятельности и формируются ориентировочные и сенсомоторно-манипулятивные действия.

2. *В периоде раннего детства* ребенок переходит к собственно предметным действиям, на первый план в общении со взрослыми выступает не эмоциональный компонент, а деловое практическое сотрудничество. В этот период происходит развитие сенсомоторного интеллекта, подготавливающего возникновение символической функции. В этом же возрасте формируется речь ребенка, которая, по мнению Эльконина, используется для налаживания сотрудничества внутри предметной совместной деятельности. Ведущей деятельностью в этот период является предметная деятельность.

Вторая эпоха — детство.

1. *Дошкольный период* — ведущей деятельностью является ролевая игра, в которой ребенок моделирует отношения между людьми. «Ролевая игра выступает как деятельность, в которой происходит ориентация ребенка в самых общих фундаментальных смыслах человеческой деятельности. На этой основе у ребенка формируется стремление к общественно значимой и оцениваемой деятельности, которое является критерием готовности к школьному обучению». В этом и заключается ведущая функция игры.

2. *Младший школьный период* характеризуется учебной деятельностью детей, в процессе которой происходит интенсивное формирование его интел-

лектуальных и познавательных сил. «Через учебную деятельность опосредуется вся система отношений ребенка с окружающими взрослыми вплоть до личного общения в семье» (Д. Б. Эльконин). ***Третья эпоха — подростковый период.***

1. *Период младшего подросткового периода* характеризуется установ лением интимно-личных отношений между подростками. Эта деятель ность — деятельность общения. Основным ее содержанием является дру гой подросток как обладатель личных качеств. «Формирование отношений в группе подростков на основе «кодекса товарищества» воспроизводит наи более общие нормы взаимоотношений, существующих между взрослыми в данном обществе».

Таким образом, ведущей деятельностью в этот период развития является деятельность общения — построение отношений со сверстниками на основе определенных морально-этических норм, опосредуемых в поведении подростков.

2. *Период старшего подросткового периода* — благодаря тому, что в предыдущем периоде формируется самосознание, личный смысл жизни на основе общности с ровесниками, возникают предпосылки для постановки но вых задач и мотивов собственной дальнейшей деятельности, направленной на будущее — деятельности, приобретающей характер профессионально-учебный.

Анализируя характер ведущей деятельности в каждом периоде каждой эпохи, можно обратить внимание на определенную закономерность.

1. Каждая эпоха начинается с периода, в котором ведущей деятельностью является деятельность в системе «ребенок-общественный взрослый» и в котором формируется преимущественно мотивационно-потребностная сфера личности.

2. Каждая эпоха завершается периодом, в котором ведущей деятельностью является деятельность в системе «ребенок-общественный предмет» и формируется преимущественно интеллектуальная, познавательная сфера.

3. Переход от одной эпохи к другой характеризуется наступлением кризиса (первый — «кризис трех лет», второй — «кризис полового созревания»). Оба «кризиса» имеют между собой много сходства — тенденция к самостоятельности, ряд сложностей в отношениях со взрослыми. «Кризис» возникает при несоответствии между операционно-техническими (интеллектуальными) возможностями ребенка и задачами, мотивами деятельности (отношение), на основе которых они формировались.

Выводы:

1. Данная периодизация позволяет показать противоречивое единство мотивационно-потребностной (аффективной) сферы и интеллектуальных (операционно-технических) возможностей.

2. Позволяет рассмотреть процесс психического развития как идущий по восходящей линии.

3. Открывает путь к изучению связей между периодами развития и значимости предыдущего периода для последующего.

4. Разделение на эпохи и периоды подчинено внутренним законам развития, а не внешним факторам.

5. Согласно данной периодизации, должна существовать более органичная связь между дошкольными и младшими школьными учреждениями и более тесная связь между средней и старшей школой.

Как видно из приведенных выше данных, учение Л. С. Выготского -Д. Б. Эльконина о периодизации психического развития детей может быть отнесено к той части когнитивной теории, в которой постулируется, что ребенок не только «активный ученый», как у Ж. Пиаже, но развитие, становление его личности происходит в определенной социальной среде, во взаимодействии с другими людьми.

Г. Крайг (2000) обратила внимание еще на один важный факт в учении Л. С. Выготского, который определил два уровня когнитивного развития.

Первый уровень — уровень актуального развития ребенка, определяемый способностью самостоятельно решать задачи (актуальный уровень).

Второй уровень — это уровень его потенциального развития, определяемый характером задач, которые он мог бы решать под руководством или совместно со взрослыми или более умелым сверстником (потенциальный уровень).

Расстояние между этими двумя уровнями он назвал *зоной ближайшего развития* и подчеркивал значимость для построения обучения обоих уровней развития ребенка.

Анализируя когнитивные теории развития, в частности периодизацию, предложенную Л. С. Выготским - Д. Б. Элькониным, мы можем обратить внимание на следующее:

1. В периодизации присутствует «системный подход» к пониманию развития личности, то есть в ней вольно или невольно нашла отражение «психология отношений» В. Н. Мясищева.

2. Несмотря на то, что в периодизации отражено развитие мотивационно-потребностной сферы, ребенок остается «объектом» развития. Не рассматривается развитие его внутреннего мира, становление важнейшей системы отношения — отношение к себе, самооценка. И хотя в качестве движущей силы развития и рассматриваются отношения ребенка с взрослыми и предметами, но взаимно эмоциональная сторона этих отношений остается вне обсуждения. Практически не обсуждается и влияние сексуального развития на становление психической деятельности ребенка.

В то же время, сопоставляя данную периодизацию с другими, мы можем заметить, что основные «вехи» развития совпадают; содержание фаз, стадий развития каждая теория объясняет по-своему, обращая внимание преимущественно на какую-то одну сторону личности ребенка. Существует определенная изоморфность развития всего живого.

Однако все вместе они дают объемную стереоскопическую картину становления многогранной личности человека (табл. 1).

Таблица 1

Становление личности человека

Д. Б. Эльконин

Фазы	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Периоды	Младенчество		Раннее детство		Дошкольное		Младшее школьное		Младшее		Старшее	
Эпохи	Раннее детство				Детство				Подростничество			

А — развитие мотивационной сферы;
Б — развитие операционно-технических возможностей;
▮ — переход от периода к периоду;
█ — переход от эпохи к эпохе.

Ж. Пиаже (стадии развития мышления)

Сенсомоторная стадия	Предоперационная стадия	Стадия конкретных операций	Формальная операционная стадия

З. Фрейд (психосексуальное развитие)

Оральная фаза	Анальная фаза	Эдипальная фаза	Латентная фаза	Генитальная фаза

А. Фрейд (развитие объектных отношений)

Отделение — индивидуация	Зависимость — независимость	Эдипальные отношения	Развитие ЭГО и защит	Предподростковая прелюдия	Подростковая революция

Э. Эриксон (социализация)

Доверие – недоверие	Автономия – независимость	Инициатива – вина	Трудолюбие – неполноценность	Идентичность – ролевая неопределенность
Младенчество	Ранний детский возраст	Дошкольный возраст	Младший школьный возраст	Подростковый возраст

В. В. Ковалев (уровни реагирования)

Соматовегетативный	Психомоторный	Аффективный	Эмоционально-идеаторный

Гуманистические теории развития личности

Гуманистическая психология, по мнению Г. Крайг, сформировалась в середине XX века в противовес теориям научения, проповедовавшим внешний детерминизм в развитии, и фрейдизму с его пансексуализмом — внутренним детерминизмом сексуальных и агрессивных инстинктов.

Гуманистическая психология предлагает холистическую теорию личности и тесно связана с философией *экзистенциализма* — направления, в центре внимания которого — стремление человека найти смысл собственного существования и жить свободно и ответственно в соответствии с этическими принципами [Крайг Г., 2000]. Для последователей этого направления главное — человеческий потенциал. Человек как биологическая единица отличается от всего животного мира способностью пользоваться символами и мыслить абстрактно, поэтому результаты экспериментов на животных, по мнению гуманистических психологов, не информативны относительно людей.

Психологи гуманистического направления считают одинаково значимым и сознательное, и бессознательное как равные проявления душевной жизни человека.

Наиболее яркими представителями этого направления являются А. Маслоу и К. Роджерс.

А. Маслоу (1908-1970) предложил концепцию «Я» (1954), согласно которой главная врожденная потребность человека — потребность в самоактуализации, то есть максимально полном развитии своего потенциала.

Однако, по его мнению, эта потребность может быть удовлетворена только после того, как будут удовлетворены потребности в безопасности, любви, пище, кровле, одежде.

Иерархия потребностей человека, по А. Маслоу, представлена на рис. 4.

Базисные — физиологические потребности выживания являются основой для сохранения себя как представителя биологического вида (подобно представителям животного мира). На основе физиологических потребностей человек «вырастает» в безопасности, защищенности, без удовлетворения которой не произойдет самоактуализации.

Следующим уровнем потребностей является *потребность в принадлежности* — любить и быть любимым, иметь физический и душевный контакт с другими людьми, входить в различные человеческие группы и сообщества.

Далее следует *потребность в уважении к себе,* то есть адекватная самооценка, которая подкрепляется положительными реакциями окружающих.

При удовлетворении всех этих потребностей человек готов развить полностью свой потенциал, то есть самоактуализироваться. «Человек должен стать тем, кем он может стать». Человек делает это всю жизнь, может достигнуть вершин, а может и нет.

К. Роджерс (1902-1987) считал, что ядро личности человека составляют положительные конструктивные импульсы, начинающие действовать с самого рождения. Он не разрабатывал теорий стадийного развития личности, а ис-



Рис. 4. Иерархия потребностей по А. Маслоу.

ходил из идей, возникавших в процессе практики, непосредственной работы с клиентами. Ему принадлежит разработка «клиент-центрированной» психотерапии, основой которой он считал положительное безусловное принятие психотерапевтом клиентов и всех людей в целом.

Гуманистические теории личности, при всей привлекательности предлагаемого ими холистического подхода к человеку, в основном больше подходят к проведению психотерапии, нежели к объяснению становления личности ребенка, подростка, взрослого.

Контрольные вопросы

1. Цели и задачи психоанализа как вида психотерапии.
2. Какие параметры развития ребенка должен учитывать психотерапевт при решении вопроса о необходимости психоанализа?
3. Что такое репрезентативный мир?
4. Перенос и противоперенос в детском психоанализе.
5. Профессиональные воздействия в детском психоанализе.
6. Этапы развития психоанализа.
7. Дайте краткую характеристику теорий научения, их практический смысл.
8. Что такое когнитивные теории развития? Охарактеризуйте основные пункты концепции Ж. Пиаже.
9. Расскажите о закономерностях и периодизации психического развития детей согласно теории Л. С. Выготского - Д. Б. Эльконина.
10. Какое значение имеют для практической психиатрии и психотерапии концепции Н. И. Озерецкого, Г. Е. Сухаревой, Г. О. Ушакова и В. В. Ковалева?
11. Сравните между собой теории научения, когнитивной теории, психодинамические (психоаналитические) и гуманистические теории развития. В чем отличие и в чем сходство?
12. Опишите стадии психического развития детей, используя наиболее близкую Вам теорию и применяя такие понятия, как движущие силы развития, стадии (периоды), кризисы, психологические новообразования.

Список рекомендуемой литературы

1. *Аверин В. А.* Психология детей и подростков. — СПб., 1994. — С. 178.
2. *Ковалев В.* В. Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1995. — С. 560.
3. *Крайг Г.* Психология развития. — СПб.: Питер, 2000. — С. 987.
4. *Тайсон Ф., Тайсои Р.* Психоаналитические теории развития. — Екатеринбург: Деловая книга, 1998. — 525 с.

5. *Фигдор Г.* Дети разведенных родителей: между травмой и надеждой. — М.: Наука, 1995. - 375 с.

6. *Фрейд А.* Норма и патология детского развития (1965) // Фрейд А., Фрейд 3. Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. — СПб.: Изд. Восточно-Европейский институт психоанализа, 1997. — 387 с.

7. *Фрейд А.* Психология «я» и защитные механизмы. — М.: Педагогика-Пресс, 1993. - 135 с.

8. *Эльконин Д. Б.* К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии. — 1971. — № 4. — С. 6-20.

9. *Эриксон Э.* Детство и общество. — СПб.: Речь, 2000.



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА И КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЕ

Психологическая защита — это система стабилизации личности, направленная на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта. Для выполнения своих функций она использует специальные механизмы: отрицание, подавление, рационализацию, вытеснение, проекцию, идентификацию, замещение, сновидение, сублимацию, отчуждение и другие.

Впервые понятие «защита» использовал З. Фрейд в 1894 г. в своей работе «Защитные нейропсихозы». По его первоначальным представлениям, механизмы психологической защиты являются врожденными, запускаются в экстремальной ситуации и выполняют функцию «снятия внутреннего конфликта», то есть выступают как средство разрешения конфликта между сознанием и бессознательным. В современной психологии представления о связи защиты с экстремальными ситуациями и о смягчении с ее помощью конфликтов сохранились, а положение о врожденном разнообразии форм защиты у конкретного человека подверглось коррекции.

Свои фундаментальные положения о защите З. Фрейд сформулировал в процессе лечения больных неврозами: обратимыми расстройствами, обусловленными воздействием психотравмирующих факторов. При неврозе пациенты жалуются на эмоциональные расстройства, нарушения телесных и вегетативных функций. В основе этой болезни лежит переживание человеком внутреннего конфликта — столкновения особо значимых отношений личности с противоречащими им обстоятельствами жизненной ситуации. Неспособность разрешить конфликт вызывает рост тревоги, внутреннего напряжения и дискомфорта. З. Фрейд показал, что в этот трудный для человека момент активизируются специальные психологические защитные механизмы, которые ограждают его сознание от неприятных, травмирующих переживаний. Включение механизмов защиты сопровождается субъективным ощущением облегчения — снятия напряжения. Впоследствии защитные механизмы стали рассматриваться им не только как элемент психики людей, склонных к невротическим реакциям или страдающих неврозами, но и как функции «Я» — сознательной части личности любого человека. При угрозе целостности личности именно они отвечают за ее интеграцию и приспособление к реальным обстоятельствам. Постепенно большинство исследователей склонилось к выводу, что функциональное назначение и цель психологической защиты заключается в ослаблении внутри личностного конфликта, обусловленного противоречием между инстинктивными импульсами бессознательного («Оно») и интериоризированными требованиями внешней среды («Сверх-Я»), усвоенными в результате социального взаимодействия. Ослабляя конфликт, защита регулирует поведение человека, повышая его приспособляемость и уравновешивая психику.

Стихотворение А. Барто «Сережа учит уроки» позволяет проследить включение психологического защитного механизма проекции в результате борьбы между структурными компонентами личности школьника с целью ограждения его сознания от чувства стыда и вины.

Сережа взял свою тетрадь —
Решил учить урок: Озера начал
повторять И горы на востоке.

Но тут как раз пришел монтер.
Сережа начал разговор О
пробках, о проводке.

Через минуту знал монтер, Как
нужно прыгать с лодки,

И что Сереже десять лет, И
что в душе он летчик. Но
тут опять зажегся свет И
заработал счетчик.

Сережа взял свою тетрадь —
Решил учить урок: Озера начал
повторять И горы на востоке.

Но вдруг увидел он в окно, Что
двор сухой и чистый, Что
дождик кончился давно, И
вышли футболисты.

Он был, конечно, вратарем,
Пришел домой не скоро, Часам
примерно к четырем Он
вспомнил про озера.

Но тут Алеша, младший брат,
Сломал Сережин самокат.

Пришлось чинить два колеса На
этом самокате. Он с ним
возился полчаса И покатался
кстати.

И вот Сережина тетрадь
В десятый раз открыта.
— Как много стали задавать! -
Сказал он вдруг сердито!

Сижу за книжкой до сих пор И
все не выучил озер!

Этот пример показывает, как в душе мальчика происходит борьба между его детскими желаниями, доставляющими удовольствие (игра в футбол, катание на самокате) и социальными требованиями (быть примерным школьником и выполнять все учебные задания). Детские желания доминируют в ущерб ограничениям социума, и это неизбежно приводит к возникновению внутреннего дискомфорта. Именно в этот момент «Я», сознательное начало личности, включает защитный механизм проекции и тем самым пытается уравновесить противоречивые душевные тенденции. Проекция — это бессознательный перенос собственных неприемлимых чувств, желаний и стремлений на другое лицо. Сережа все время отвлекался на приятные для него занятия, поэтому так и не смог «выучить озер». В такой ситуации он должен испытывать гнев и вину по отношению к себе — виновнику случившегося. Однако осознание собственной ответственности за проступок для ребенка является травмирующим. И тогда механизм проекции позволяет переложить вину на «другое лицо», учителей, рассердившись, что они стали задавать слишком много уроков.

Было показано, что включение защиты может привести не только к актуальному облегчению, но и к появлению стабильных, длительно функционирующих структур, которые в дальнейшем будут активизироваться в сходных обстоятельствах. При этом вторжение защиты может сопровождаться формированием специфических, «условно желательных», симптомов, которые во-

влекаются человеком в поиск выхода из ситуации, связанной с конфликтом, что тоже частично снижают внутреннее напряжение.

Расширение представлений о защите связано с именем дочери 3. Фрейда — Анны Фрейд (1946). Она сделала попытку обобщить и систематизировать знания о механизмах психологической защиты, накопившиеся к середине 40-х годов XX века. А. Фрейд подчеркивала оберегающий характер защитных механизмов, указывая, что они предотвращают дезорганизацию и распад поведения, поддерживают нормальный психический статус личности. В базовую концепцию отца она внесла определенные коррективы: акцентировалась роль механизмов защиты в разрешении внешних (социогенных) конфликтов, а сами механизмы рассматривались не только как проявление врожденных задатков, но и как продукты индивидуального опыта и непроизвольного научения. Было сформировано представление о том, что набор защитных механизмов индивидуален и характеризует уровень адаптированное™ личности. И, наконец, она дала первую развернутую дефиницию защитных механизмов: «Защитные механизмы — это деятельность „Я", которая начинается, когда „Я" подвержено чрезмерной активности побуждений или соответствующих им аффектов, представляющих для него опасность. Они функционируют автоматично, не согласуясь с сознанием».

А. Фрейд разделила механизмы защиты на группы и выделила двигательные, перцептивные, и интеллектуальные автоматизмы. Они обеспечивают последовательное искажение образа реальной ситуации с целью ослабления травмирующего эмоционального напряжения. При этом представление о среде искажается минимально, то есть находится в предельно возможном соответствии с реальностью. В результате нежелательная информация может игнорироваться (не восприниматься); будучи воспринятой — забываться, а в случае допуска в систему запоминания — интерпретироваться удобным для человека образом. Всего А. Фрейд описала пятнадцать защитных механизмов. Она же наиболее полно проработала вопрос о последовательности их созревания. По ее мнению, первые созревающие у ребенка способы защиты связаны с отрицательным опытом его спонтанного самовыражения. Невозможность свободно реагировать создает у младенца энергетическое напряжение, которое порождает беспокойство и дестабилизацию образа «Я». А. Фрейд наметила приблизительную хронологию формирования механизмов психологической защиты. Возраст до одного года — это предстадия защиты. 1-2 года — опасности преодолеваются ребенком посредством отрицания, а также в виде тенденции к присоединению — проекции и имитации. Проекция и имитация связаны с выделением ребенком себя из окружающей среды, с приписыванием среде всего болезненного и с принятием в себя всего приятного. От 2 до 3 лет преобладает тенденция к отделению. Имеют место вытеснение (вначале — в форме подавления), замещение и интеллектуализация. Такие защитные механизмы, как регрессия, обращение против собственной личности и замещение, — не зависят от этапов развития «Я». Они являются модификацией активности побуждений и функционируют с тех пор, как функционируют и сами побуждения, то есть с момента, когда начинается кон-

фликт между порывами «Оно» и каким-нибудь препятствием на пути их удовлетворения.

В связи с развитием речи и логического мышления, позднее, уже в младшем школьном возрасте, усиливается тенденция к присоединению и начинает развиваться компенсация как незрелая форма рационализации. Постепенно «Я» укрепляет свою власть над «Оно», и абстрактное логическое мышление становится основной характеристикой «Я». При этом все больше актуализируется сознание и усваиваются понятия запретного и разрешенного, обеспечивая забывание нежелательного опыта. Соответственно, формируется «хорошее» и «плохое» поведение. После 5 лет, вследствие формирования половой идентичности и потребности в самопринятии, появляется сублимация, которая неразрывно связана с усвоением нравственных ценностей.

В настоящее время большинство исследователей рассматривают психологические защитные механизмы в качестве процессов интрапсихической адаптации личности за счет подсознательной переработки поступающей информации. В этих процессах принимают участие все психические функции: восприятие, память, внимание, воображение, мышление, эмоции. Но каждый раз основную часть работы по преодолению негативных переживаний берет на себя какая-то одна из них. Включаясь в психотравмирующей ситуации, защитные механизмы выступают в роли своеобразных барьеров на пути продвижения информации. В результате взаимодействия с ними тревожная для личности информация либо игнорируется, либо искажается, либо фальсифицируется. Тем самым формируется специфическое состояние сознания, позволяющее человеку сохранить гармоничность и уравновешенность структуры своей личности. Такое защитное внутреннее неосознаваемое изменение рассматривается как особая форма приспособления человека к среде. Таким, образом, в настоящее время защита рассматривается не только как средство против тревоги, но также как способ поддержания непротиворечивого, позитивного чувства собственного «Я» [Романова Е. С, Гребенников Л. Р., 1996; Грановская И. М., Никольская И. М., 1999].

По мере накопления экспериментальных данных стала выявляться определенная неоднозначность роли защиты. С чем связана эта неоднозначность? Первоначально защита проявляется в раннем детстве, когда формы общения и виды конфликтов со средой ограничены уровнем развития личности. Она предназначена для автоматичного приспособления к среде за счет самопротекции. Однако во взрослом состоянии, при взаимодействии в расширенном социальном окружении, защиты только по типу автоматизмов бывает явно недостаточно. Поэтому, если она не усложняется и не корректируется, то при определенных условиях может привести к дизадаптации личности.

Исследования показали, что организация защиты и ее способность противостоять вредным воздействиям (то есть выполнять свои функции) у разных людей не одинакова. Одних защита не ограждает и от того, от чего надо было бы защитить, а других ограждает настолько прочно, что в психику не просачивается даже значимая для личностного развития информация. В результате возникла необходимость различать нормальную, постоянно действующую

в нашей повседневной жизни защиту, выполняющую профилактические функции, и защиту патологическую — как неадекватную форму адаптации.

Среди современных исследователей нет единства мнений по вопросу о том, сколько всего существует психологических защитных механизмов. В монографии А. Фрейд «Психология "Я" и защитные механизмы» (1993) описано пятнадцать механизмов. В Словаре-справочнике по психиатрии, опубликованном Американской Психиатрической ассоциацией в 1975 г., — двадцать три. Обобщив список всего лишь двух классификаций, Л. И. Вассерман и соавт. (1998) в качестве примера приводят список из тридцати четырех механизмов психологической защиты.

Большой вклад в изучение психологической защиты и разработку методов ее тестирования внес Р. Плутчик (1980). Он считает, что механизмы психологической защиты являются производными эмоций, а эмоции определяются как базисные средства адаптации. Р. Плутчик выделяет восемь базисных адаптивных реакций: 1) самосохранение; 2) разрушение; 3) воспроизводство; 4) реинтеграция; 5) присоединение; 6) отвержение; 7) исследование; 8) ориентация, которые, с его точки зрения, выступают как прототипы восьми базисных эмоций (страх, гнев, радость, печаль, принятие, отвращение, ожидание, удивление). Кроме того, он обратил внимание на то, что защитные механизмы характеризуются противоположностью (биполярностью) в той мере, в какой полярны лежащие в их основе эмоции (страх — гнев, радость — печаль, принятие — отвращение, ожидание — удивление). Таким образом, восемь базисных механизмов он сводит к четырем парам: подавление — замещение, реактивное образование — компенсация, отрицание — проекция, интеллектуализация — регрессия. Поскольку защитные механизмы являются * еПроизводными эмоций, то они, по аналогии с эмоциями, классифицируются на базовые (отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивное образование) и вторичные (к их числу относятся все остальные).

Определив зависимость проявления тех или иных механизмов защиты от этапа возрастного развития личности, особенностей конкретных когнитивных процессов и гипотетическую шкалу примитивности-зрелости отдельных защитных механизмов, Р. Плутчик выстроил их последовательность, которая, в порядке возрастания зрелости, выглядит так. В числе первых возникают механизмы, связанные с перцептивными процессами. Именно процессы ощущения, восприятия и внимания несут ответственность за защиты, связанные с невидением, непониманием информации (перцептивные автоматизмы). К этой группе относятся отрицание и регрессия, а также их аналоги. Они выступают как наиболее примитивные и характеризуют «злоупотребляющую» ими личность как эмоционально и личностно менее зрелую. Затем возникают защиты, связанные с процессами памяти, а именно с забыванием информации (вытеснение и подавление). Самыми последними, по мере развития процессов мышления и воображения, формируются и наиболее сложные и зрелые виды защит, связанные с переработкой и переоценкой информации (интеллектуализация).

Преобладание у человека какого-либо защитного механизма может привести к развитию ряда черт и акцентуаций личности. С другой стороны, люди с теми или иными индивидуально-психологическими свойствами склонны доверять конкретным защитам. Определенный механизм защиты как средство искажения реальности может характеризовать серьезные личностные нарушения. Р. Плутчик, Г. Келлерман (1979) предлагают специфическую сеть взаимосвязей между различными уровнями личности: эмоциями, защитой и диспозицией (наследственной предрасположенностью к психическим заболеваниям). Так, высоко критичная и подозрительная к окружающим параноидная личность, ощущая собственную неполноценность, защищается проекцией. Агрессивная личность, основной эмоцией которой является гнев, использует замещение и направляет агрессию на более безопасный объект. У внушаемой и некритичной истерической личности преобладает отрицание. Пассивный личностный тип (робкий, зависимый, безынициативный, склонный к избеганию проблем и уходу в себя) защищается от страха — самой характерной для него эмоции — с помощью подавления и вытеснения (рис. 5).

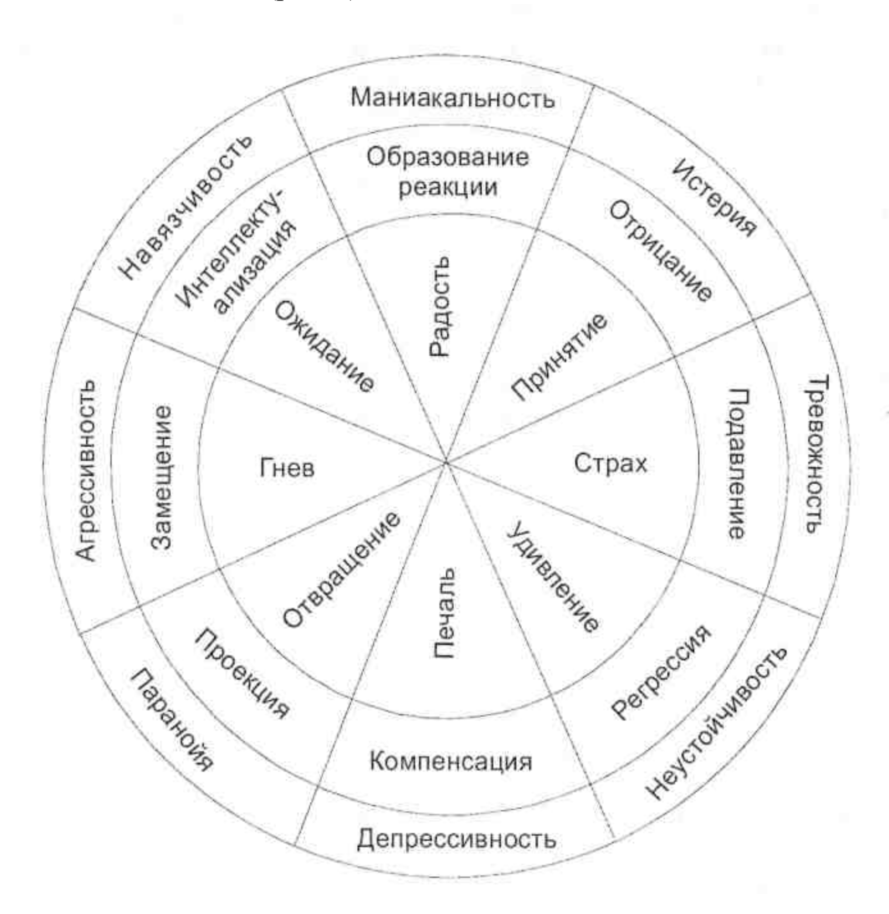


Рис. 5. Структурная модель эмоций — механизмов защиты — диагнозов.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ

Защитные автоматизмы

У ребенка каждый защитный механизм вначале формируется для овладения конкретными инстинктивными побуждениями и связан с определенной фазой индивидуального развития. Побудителем их формирования выступают возникающие в онтогенезе многообразные типы тревоги (страха), типичные для детей. Сюда относят реакции беспокойства на физический дискомфорт, страх разлуки и самостоятельности (одиночества, темноты, замкнутых пространств), страх смерти (нападения, заболевания, смерти родителей, сказочных персонажей, стихии и пр.), страх подчинения (быть наказанным, быть пристыженным, утратить расположение), страх изменения и другие. На каждом возрастном этапе — свои страхи, и каждый из них может быть как полезным для дальнейшего развития ребенка, так и вредным.

Подобно всем другим психическим процессам, защитные механизмы имеют свои объективные проявления — внешне наблюдаемые и регистрируемые признаки на уровне действий, эмоций или рассуждений человека. Для некоторых современных исследователей защитный механизм — это, в первую очередь, именно прочный защитный поведенческий рисунок: внешне наблюдаемые действия, эмоции и проявления мышления, которые функционируют как обходные маневры для избежания тревожащих сведений или как преобразователи того, что порождает чувство или ощущение тревоги. Однако для других авторов такие наблюдаемые и регистрируемые виды защитного поведения являются всего лишь внешними, иногда даже частными, проявлениями скрытого психического процесса, который как раз и выступает как истинный защитный механизм. Во втором случае идет разнесение понятий «защитная (поведенческая) реакция» и «защитный (интрапсихический) механизм». На базе такого разнесения выделяют основные формы адаптации человека к внешней среде:

— поиск человеком той среды, которая наиболее благоприятна для его функционирования;

— изменения, которые он совершает в среде для приведения ее в соответствие со своими потребностями;

— внутренние психические изменения человека, с помощью которых он приспосабливается к среде.

Эти три формы можно рассматривать как своеобразные этапы в формировании системы защитного приспособления ребенка [Никольская И. М., Грановская Р. М., 2000]. Для того, чтобы это положение стало обоснованным, необходимо более полно раскрыть содержание понятия «зашитые автоматизмы» .

Утверждая, что механизмы психологической защиты действуют автоматично, не согласуясь с сознанием, А. Фрейд относила их к особому классу не-

осознаваемых явлений, которые называют автоматизмами. Автоматизмы — это действия и акты, которые совершаются сами собой, независимо от сознательных желаний и намерений человека. Анализ автоматических процессов обнаруживает их двоякое происхождение. Некоторые из этих процессов никогда не осознавались, так как были врожденными или сформировались очень рано, часто в течение первого года жизни ребенка. Другие процессы прошли через сознание и только потом перестали осознаваться. Главным в этой связи является понимание того, что личность «реагирует», «не замечает», «забывает» или «оправдывает себя» в неприятной ситуации автоматично, то есть не отдавая себе в этом отчета.

Как средство адаптации и разрешения психологических конфликтов защитные автоматизмы развиваются в онтогенезе. Они ограждают ребенка от неудовольствия, исходящего изнутри (внутренние инстинктивные стимулы), и от неудовольствия, источники которого находятся во внешнем мире. Во время первой фазы развития, до 1 года, незрелый организм имеет минимальные средства защиты от негативных эмоций, связанных с неприятными и опасными стимулами. Это ряд врожденных двигательных реакций, к которым относят защитное отдергивание, зажмуривание, крик, плач, улыбку, сосание, движения туловища, конечностей, головы и т. д., а также их комплексы.

Проиллюстрируем это положение на примере таких привычных (стереотипных) действий детей раннего возраста, как сосание большого пальца и ритмические стереотипные движения телом и/или головой, которые представляют собой весьма распространенные явления в структуре обычного поведения младенца и отражают естественную фазу его психофизического развития. Ритм таких движений может быть синхронным с частотой сердечных сокращений, соответствовать электроэнцефалографическому ритму засыпания. В качестве нормальных адаптивно-компенсаторных защитных проявлений комфортного поведения эти действия обеспечивают младенцу успокоение, засыпание, стимуляцию базального эмоционального фона и психофизического тонуса. Чаще всего привычные раскачивания и сосание пальца формируются в грудном и раннем возрасте, хотя впервые могут возникнуть уже внутриутробно. Вместе с тем в случае болезненной фиксации, в более старшем возрасте, эти явления могут расцениваться как патологические привычные действия (ППД) и выступать как продуктив-но-дизонтогенетические феномены регрессивного характера [Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С, 2000].

На базе врожденных безусловных реакций путем усложнения форм поведения в процессе индивидуального научения усложняются и формы психического отражения. При этом последние можно рассматривать и как фактор, и как следствие предыдущих тенденций. В результате такого развития и научения начинают функционировать и более сложные защитные поведенческие реакции (отказ, оппозиция, имитация, компенсация), и первые защитные психологические механизмы (отрицание, проекция, замещение).

Становление защитных автоматизмов большинство исследователей связывает с удовлетворением либо неудовлетворением базисных психологических

потребностей ребенка, самой ранней из которых является потребность в безопасности. Например, испытывая внутренний дискомфорт, младенец криком подзывает к себе мать. Тем самым он осуществляет определенные изменения окружающей среды и поиск объекта, необходимого для его защиты. Однако события могли развиваться и по другим сценариям. Матери могло не быть дома, и тогда, сколько бы ни кричал ребенок, никто бы к нему не подошел. Или она могла подойти к нему только после настойчивого и длительного крика. Тогда ребенок мог частично приспособиться к ситуации другими способами: заснуть, отключившись от неприятных ощущений (предстадия отрицания); начать сосать кулачок (предстадия замещения) или, при позднем появлении матери, кусать ее грудь, тем самым отреагируя внутренний дискомфорт (предстадия проекции). Можно видеть, что если добиться желаемого результата из внешнего мира с помощью крика (спонтанной экспрессивной реакции) по каким-то причинам ребенку не удается, ребенок вынужден справляться с неприятными ощущениями путем изменения: своего функционального состояния (сон вместо бодрствования); объекта для удовлетворения своей потребности (собственный кулачок вместо материнской груди), эмоциональной реакции по отношению к матери (агрессия вместо отношений привязанности). По мнению Л. С. Выготского (1983), социальные условия, в которые должен врастать ребенок, составляют ту область неприспособленности, из которой исходят творческие силы его развития. Препятствия, толкающие ребенка к развитию, коренятся в условиях социальной среды, в которую он должен войти. Существование препятствий есть не только главное условие достижения цели по их преодолению, но и непременное условие самого возникновения такой цели.

Таким образом, спецификой становления детской системы защиты является то, что первоначально она проявляется за счет и на уровне двигательных автоматизмов (поведенческих реакций) при участии элементарных психических функций. Эти постепенно усложняющиеся автоматические изменения поведения, возникающие в ответ на травмирующие воздействие, раздражитель, впечатление, обеспечивают приспособляемость ребенка к новой жизненной ситуации. Поведенческие реакции экспрессивны, доступны внешнему наблюдению и регистрации, поэтому не только позволяют осуществлять определенные изменения во внешней среде, но и привлекают к себе внимание окружающих взрослых. Позднее формируются защитные механизмы, в реализации которых принимают участие в первую очередь психические функции: от восприятия и эмоций до памяти и мышления. Такие защитные процессы позволяют ребенку адаптироваться к среде не за счет изменения внешнего мира, а за счет внутренних изменений — трансформации внутренней картины мира и образа самого себя.

Защитные поведенческие реакции

К типичным детским защитным реакциям (внешне наблюдаемым, регистрируемым бессознательным поведенческим паттернам) относят: отказ (пас-

сивный протест), оппозицию (активный протест), имитацию, компенсацию и эмансипацию. Эта классификация, созданная на основе работ французских детских психиатров, широко используется в нашей стране [Сухарева Г. Е., 1955; Личко А. Е., 1985; Ковалев В. В., 1995; Исаев Д. Н., 1996].

1. *Отказ* — самая ранняя форма защитного поведения. В ее основе лежит невозможность удовлетворения базисных потребностей в безопасности и защищенности. Пассивный протест можно понимать как элемент более глобальной защитной поведенческой стратегии отдаления (отделения), сущность которой составляют психологические защитные механизмы изоляции и отрицания. Реакция пассивного протеста проявляется в отстранении от общения даже с близкими людьми, отказе от пищи, от игр, в уходах из дома. Такая реакция чаще всего возникает у ребенка, если его внезапно оторвали от матери, семьи, привычной группы сверстников и поместили в больницу, ясли, в чужую семью.

Достаточно часто пассивный протест обнаруживается в так называемом синдроме госпитализма. Его наиболее яркие черты — неподвижность, заторможенность. В этом случае ребенок старается, по возможности, уклониться от любых внешних воздействий, часами находится в одной и той же позе, не реагируя на окружающий мир. Типичной является поза лежа лицом к стене.

Реже реакция пассивного протеста развивается дома, когда в отношениях родителей ребенок не ощущает проявлений достаточной внимательности, заботы, заинтересованности. При этом ребенок, потребности которого в ласке, эмоциональных контактах постоянно не удовлетворяются, постепенно становится неконтактным (аутичным). У детей постарше пассивный протест обнаруживается в немотивированном отказе от выполнения требуемых действий или в уходе из дома, интерната, детского сада, школы. Нередко возникновение этой реакции определяется неприятием ребенком пренебрежительного, деспотического отношения родителей, издевательств, телесных наказаний, семейных конфликтов; предпочтения, оказываемого другим, непомерных требований, несправедливых замечаний. При сохранении травмирующей психику обстановки уходы становятся привычной реакцией и возникают по любому, даже незначительному, поводу. В редких случаях, в качестве реакции на тяжелую, непереносимую обстановку, дети совершают попытки самоубийства.

Частными случаями реакции пассивного протеста является мутизм (отсутствие речи) и нарушения соматовегетативных функций (рвота, недержание мочи, кала, насильственный кашель и пр.). В случае локального мутизма ребенок не разговаривает либо в определенном месте (семья, детсад, школа), либо с определенными людьми (мачеха, врач, учитель). При тотальном мутизме отсутствие речи наблюдается вне зависимости от ситуации или собеседника. Нарушения соматовегетативных функций, как правило, сочетаются с упрямством и отказом от общения с теми, на кого направлен протест. По мнению Ю. Ф. Антропова и Ю. С. Шевченко (2000), описанные поведенческие и соматовегетативные нарушения, как правило, маскируют проявление у детей депрессии.

2. *Оппозиция* — активный протест ребенка против норм и требований взрослых — наблюдается при утрате или снижении внимания со стороны близ ких. Еще З. Фрейд отмечал, что когда младенец не может удовлетворить свою потребность в удовольствии за счет поглощения пищи, то становится требо вательным и агрессивным (начинает кусать материнскую грудь или сосать замещающий ее объект, например, свой палец). Такие поведенческие корре ляты рассматриваются как предстадия к формированию зрелых защитных механизмов проекции и замещения.

Развитию личности в максимальной степени способствует уверенность в том, что ничто не сможет нарушить отношений любви и привязанности. Когда эта уверенность подрывается — возникает оппозиция. Тогда поведение детей с позиции окружающих взрослых становится необъяснимым, хотя на самом деле оно является реакцией на недостаток тепла с их стороны и призывом вернуть любовь. Реакции этого типа характеризуются большим разнообразием и интенсивностью проявлений. К ним относят взрывные реакции со вспышками гнева, разрушительными действиями и агрессией, общее двигательное возбуждение с временным сужением сознания, злонамеренные поступки, прямо или косвенно причиняющие вред обидчику, а у маленьких детей — судороги.

Обычно оппозиция провоцируется обидой, неудовлетворением капризов, просьб и развивается остро и бурно. Ребенок плачет, кричит, падает на пол, бьется головой, стучит ногами, размахивает руками, стремится ударить, ущипнуть, царапается, отталкивает от себя взрослых или, наоборот, хватает и тянет за волосы, одежду, выкрикивает нечто нечленораздельное, требования, бранные слова. Дети постарше на высоте вспышки способны разрушать все, что попадет под руку, нападать на тех, кого они считают виновниками своих переживаний. Иногда реакция активного протеста развивается медленно и накапливающееся возбуждение разряжается отдельными враждебными поступками, повреждением или уничтожением вещей «обидчика», нанесением телесных повреждений или оскорблениями, наговорами, мучительством животных.

3. *Имитация* — это незрелая форма идентификации. Она отличается от идентификации тем, что является целостной. Незрелость обнаруживается в выраженном стремлении подражать определенному лицу, любимому герою, во всем. Поэтому нередко имитацию рассматривают как процесс эмоциональ ного и иного самоотождествления человека с другим человеком, группой, об разцом. У младенца, на врожденной основе, через присвоение поведения взрос лого, очень быстро вырабатываются мимика, улыбки, жесты, восклицания (паралингвистическая языковая система). Уже в первые недели ребенок спосо бен подражать некоторым мимическим действиям, которые он видит. Под крепляя проявления младенческой мимики эмоционально, взрослые ждут от ребенка соответствующих ответных реакций, а некоторые из этих реакций вы рабатывают специально.

В отличие от ребенка, у взрослого подражание избирательно. Он выделяет у другого только понравившуюся черту и способен идентифицировать-

ся отдельно с этим качеством, не распространяя свою положительную реакцию на все остальные качества этого человека. Соответственно и эмоциональное отношение к предмету подражания у взрослого сдержаннее, чем у ребенка. Повышенная эмоциональность и глобальность восприятия способствуют созданию у ребенка (с помощью имитации) кумиров и созреванию идеалов. В этом — важная роль имитации в развитии личности.

Для дошкольников и младших школьников характерно или глобальное приятие кого-либо (положительная имитация), или его глобальное отрицание (отрицательная имитация). Чаще всего они имитируют поведение родителей, старших членов семьи, взрослых или подростков из ближайшего окружения, воспитателей и учителей. Для каждого периода есть свои значимые фигуры. В качестве модели ребенок выбирает того, кто, как ему кажется, больше преуспел в удовлетворении своих потребностей, чем он. При этом пример для подражания ребенок или подросток обычно выбирает не сам, он диктуется ему извне социальной средой. В. М. Бехтерев писал: «Ребенок всему подражает, а потому пример в этом возрасте значит все: окружите детей хорошими примерами, и он переймет их и будет хорошим ребенком, окружите его дурными примерами, и он будет дурным ребенком».

Для того чтобы защита с помощью имитации была эффективной, она должна существенно снижать внутреннее напряжение. Поэтому дети, отвергнутые родителями, склонны во всем имитировать их поведение в надежде вернуть их любовь, а подростки, стремящиеся стать членами подростковой группы,— во всем имитировать групповое поведение. Как подчеркивает Д. Н. Исаев, такая ситуация возникает, например, когда ребенок подражает более старшим детям, мастурбируя (онанируя) или участвуя в развратных действиях. Если маленький ребенок подражает во всем родителям, потому что они представляются ему всемогущими, то в дальнейшем, в подростковом возрасте, на фоне реакции группирования со сверстниками такое безграничное принятие может превратить детей в фанатов (болеющих за определенную футбольную команду, следующих по пятам за любимой рок-группой, марширующих в повязках с фашистской свастикой).

4. *Компенсация* — это реакция, с помощью которой ребенок стремится объяснить себе и восполнить слабость и неудачливость в одной области успехами в другой. Можно считать, что компенсация — это отвлечение от основной проблемы с помощью переключения на другие успехи. Например, плохой ученик утешает себя тем, что он «зато» побеждает в драках, а ребенок, которого в семье не любят,— тем, что он «зато» хорошо себя ведет. В дальнейшем такое нарушение логики — «зато» — типично для рационализации.

Все, что нарушает безопасность ребенка в отношениях с родителями, порождает тревогу. У тревожного, не чувствующего себя в безопасности ребенка неизбежно развиваются разнообразные компенсаторные стратегии, чтобы совладать с чувством изоляции и беспомощности. Это может быть враждебность, подкуп и угрозы, поиск власти над другими, сверхпослушание, жалость к себе, обращение агрессии вовнутрь, самоуничижение, сильные соревновательные тенденции. Компенсация может носить и иной характер. В определен-

ный момент своего развития «Я» получает способность преодолевать неудовольствие и уходить от него с помощью фантазии, что также может существенно снизить внутреннее напряжение. При этом ребенок может более или менее постоянно фиксироваться на любой из этих стратегий, и тогда конкретная стратегия может приобрести характер потребности.

Люди, страдавшие в детстве либо реальными физическими недостатками, либо особенностями чисто психологического свойства, которые они воспринимали как недостатки (маленький или слишком большой рост), прилагают удвоенные усилия, чтобы компенсировать этот дефект развитием тех или иных черт характера, способностей и умений, и это им не только удается, но нередко приводит к выдающемуся развитию других способностей [Adler A., 1927]. Примером такой компенсации может служить жизнь Альфреда Адлера. Он на собственном опыте познал, что такое органический дефект, так как из-за рахита не ходил до 4 лет. Едва начав ходить, заболел тяжелой пневмонией. Все еще нетвердо стоя на ногах, несколько раз попадал в уличные катастрофы. И тем не менее, вместе того чтобы замкнуться в своем болезненном мире, он решил стать врачом. И хотя ему очень хотелось заняться спортом с другими ребятами, он проводил время за чтением классиков.

Как уже отмечалось, защита по типу компенсации осуществляется не по месту недостатка или нарушения, а в другой, далекой сфере. Однако возможна также защита по типу гиперкомпенсации. Тогда компенсаторный процесс приближен к месту дефицита и ребенок старается утвердиться именно в той области, где он особенно слаб [Личко А. Е., 1985].

5. *Эмансипация* — это борьба детей за самоутверждение и самостоятельность. В общем случае — это высвобождение из-под контроля и покровительства взрослых. Эмансипация считается преимущественно подростковой поведенческой реакцией, однако в последние годы, в связи с большими требованиями, предъявляемыми ребенку со стороны взрослых и общества, она проявляется все раньше. Когда родители или воспитатели предъявляют ребенку необоснованные претензии, чрезмерные требования, которые не соответствуют его возрасту или возможностям достигнутого им уровня развития, когда «все нельзя», вероятность формирования реакции эмансипации увеличивается [Эйдемиллер Э. Г., 1996]. С ее помощью ребенок отрабатывает перенесение на себя способов поведения и черт характера взрослых, перенимая их права и возможности. Особенно это характерно для детей, которым приходится часто ощущать на себе агрессивные действия родителей. Они склонны к интенсивному использованию переноса и к восприятию окружающего мира как источника постоянной угрозы.

Психологические защитные механизмы у детей

Помимо защитных реакций, выступающих, в первую очередь, на поведенческом уровне, у ребенка постепенно обнаруживаются психологические защитные механизмы, типичные для взрослых.

1. *Отрицание* — это стремление избежать новой информации, не совместимой со сложившимися представлениями о мире и себе. Защита проявляется в игнорировании потенциально тревожной информации, уклонении от нее. Это барьер, расположенный прямо на входе в восприятие, поэтому нежелательная информация необратимо теряется и впоследствии не может быть восстановлена.

В качестве прототипа отрицания нередко рассматривают сон как выключение из потока внешних событий (не сновидение). Возникая одним из первых в онтогенезе, отрицание в виде сна предохраняет младенца от перевозбуждения со стороны внешнего мира. К этому более склонны чувствительные малыши. Примитивные формы отрицания: не видение, не слышание — могут реализовываться либо через отвлечение внимания, либо через механизм отрицательных галлюцинаций (такого нарушения зрительного восприятия, когда человек не видит некоторых предметов, находящихся в поле зрения, при нормальном восприятии других). Это один из главных механизмов преодоления страха, с помощью которого опасность как бы отодвигается и прекращает свое существование. Способность детей отключать произвольное внимание во время бодрствования — следующий (после засыпания) шаг в развитии отрицания. В этом случае ребенок становится невнимательным к тем сферам жизни и граням событий, которые чреваты неприятностями. Невозмояшость избежать неприятного события может компенсироваться отрицанием не его самого, а его тревожащего смысла. Эта форма отрицания возникает в возрасте двух лет, когда активно формируется речь. В этом смысле лживость маленьких детей нередко имеет чисто защитную функцию. Стимул для запуска отрицания может быть не только внешним, но и внутренним, когда человек старается не думать, отогнать мысли о том, что неприятно.

Проиллюстрируем действие отрицания следующим примером. Ученик 1-го класса Ваня, 8 лет, нарисовал рисунок к стихотворению «Я болею, я лежу», которое детям прочитала психолог. В стихотворении шла речь о заболевшем мальчике и о котенке, который пришел его «пожалеть». На рисунке Вани больной мальчик лежал на диване, свесив руку. На спинке дивана сидел кот. Однако присутствовало и еще одно действующее лицо, которого вовсе не было в стихотворении — доктор. Доктор сидел на стуле возле дивана и держал в руках огромный шприц с иглой (рис. 6).

Приводим диалог мальчика с психологом по этому рисунку.

Ваня: Мальчик заболел. Ему плохо, потому что нельзя выйти погулять, и в школу он не может.

Психолог (показывая на доктора): А это кто?

Ваня: Доктор, чтобы мальчик скорее вылечился.

Психолог: Как мальчик относится к этому доктору, что он думает и чувствует?

Ваня: Мальчик его не боится.

Психолог: А что этот доктор будет делать?

Ваня: Доктор будет делать укол.

Психолог: Так что же, мальчик не боится укола?

Ваня: Мальчик не будет видеть этого, он спит. Он спит и не проснется.

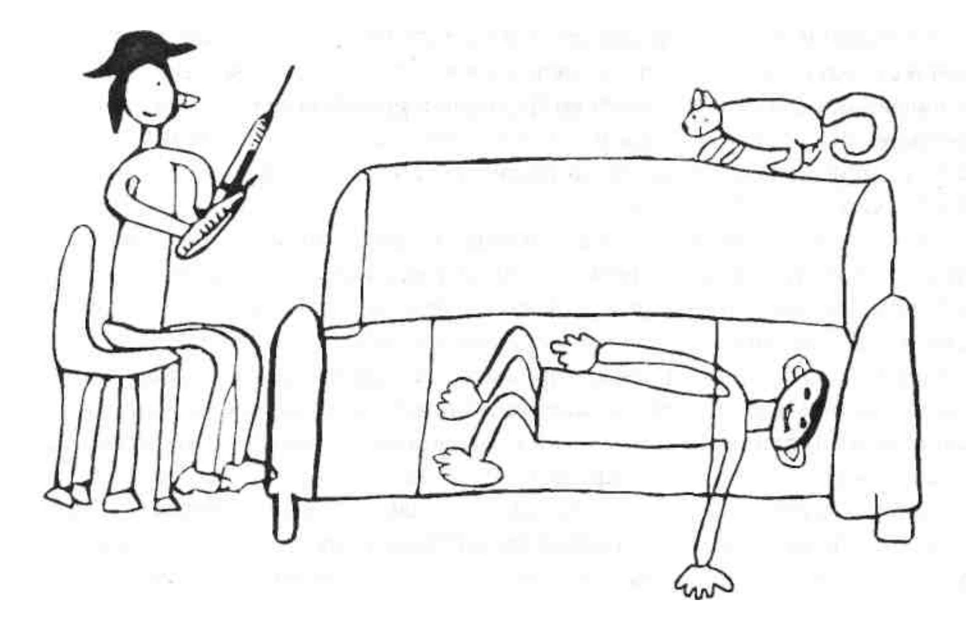


Рис. 6. Рисунок Вани к стихотворению «Я болею, я лежу».

Из рассказа видно, что мальчик заболел, он плохо себя чувствует и теперь ему нельзя гулять. Однако основное переживание первоклассника связано не с этими очевидными и без труда предъявляемыми фактами, а с наличием вытесненной ранее, но потенциально тревожной информации о том, что доктор может сделать укол. В стихотворении ничего не говорится про доктора и про уколы. Однако тот на рисунке появляется с важной функцией «чтобы мальчик вылечился», и это, конечно, не может быть простой случайностью. Ваня переносит (проецирует) подсознательное чувство страха на мальчика с рисунка и в то же время старается этого мальчика от опасности защитить. С помощью сна (отрицания) Ваня отгораживает мальчика от неприятных сведений («мальчик не будет видеть этого, он спит) и полностью исключает всякую возможность, что они будут когда-либо восприняты — «он спит и не проснется». Таким образом, мы видим, что у ребенка существует неосознаваемый страх уколов и врачей, с которыми эти уколы связаны, а также то, как действие отрицания, вытеснения и проекции позволяет ему защититься от этих неприятных переживаний.

Отрицание может позволить превентивно (с опережением) отгородиться от травмирующих событий. Так действует, например, страх перед неудачей, когда человек стремится не оказаться в ситуации, в которой он может потерпеть поражение. У многих детей это проявляется в избегании соревнований или в отказе от занятий, в которых ребенок не силен, особенно по сравнению с другими детьми. Обобщенная оценка опасности информации производится при ее предварительном целостном восприятии и грубой эмоциональной оценке как «назревания чего-то нежелательного». Подобная оценка приводит к такой перенастройке внимания, когда детальная информация об этом опасном событии полностью исключается из последующей переработки.

Отрицание (избегание) может возникнуть, как естественный способ удалиться от стресса (наказания) и его источника (родителей). Дети, чье поведение удалось изменить сильными физическими наказаниями, с большой долей вероятности будут склонны к бессознательному отрицанию тех норм, которые им пытались привить таким образом.

2. *Подавление* — это блокирование неприятной информации либо при ее переводе из восприятия в память, либо при выводе из памяти в сознание. Тогда страх блокируется путем забывания реального стимула и обстоятельств, связанных с ним по ассоциации. Особенность подавления состоит в том, что забывается содержание нежелательной информации, а ее эмоциональные, двигательные, вегетативные и психосоматические проявления могут сохраняться, проявляясь в навязчивых движениях и состояниях, ошибках, описках, оговорках. Эти симптомы в символической форме отражают связь между реальным поведением и подавляемой информацией.

Обнаружено, что для закрепления следов в долговременной памяти они должны быть особым образом эмоционально окрашены — маркированы. Соответствующая эмоциональная окраска определяет в дальнейшем доступность следов произвольному вспоминанию. Поэтому способность вспоминать зависит от того, приятными или неприятными являются следы нашего прошлого опыта. Чтобы что-то вспомнить, надо вернуться в то состояние, в котором человек получил информацию. Если тогда он испытывал дискомфорт, то, чтобы вспомнить об этом, должен снова пережить это состояние. Поскольку ему не хочется вновь чувствовать себя плохо, то он вряд ли вспомнит.

Подсознательный механизм подавления тесно связан с копинг-стратегией «стараюсь забыть». Детей о значимых для них вещах часто вынуждают «забывать» взрослые. Существуют предметы, проблемы, события, о которых детям не только нельзя говорить, но и думать непозволительно (табу). Если человек усилием воли старается нечто подавить, забыть о чем-то пережитом или мысленно отталкивает это от себя, то осуществляется диссоциация следов его памяти: их разделение на разрешенные к произвольному вспоминанию и не разрешенные. Поэтому подавление обнаруживается в разрывном характере воспоминаний — из общей картины прошлых событий что-то оказывается запрещенным к воспроизведению. Причем, чаще всего подавляется переживание страха, собственной слабости, сексуальных побуждений, агрессивных намерений против родителей или других взрослых людей.

3. *Вытеснение* как форма переживания, отсутствующего в сознании, впервые описана 3. Фрейдом. В отличие от подавления, оно связано не с выключением из сознания информации о случившемся в целом, а только с забыванием истинного, но неприемлемого, мотива поступка. Таким образом, забывается не само событие, а только его причина, первооснова. Забыв истинный мотив, человек заменяет его на ложный, скрывая настоящий и от себя, и от окружающих. Вытеснение считается самым эффективным защитным механизмом. Оно способно справиться с самыми мощными инстинктивными импульсами, нормальными с точки зрения развития, но неосуществимыми и

пугающими, например, с желанием уничтожить одного из родителей. Однако этот механизм требует постоянного расхода энергии, и эти затраты могут вызывать торможение других видов жизненной активности.

Для детей типично вытеснение страха смерти. В этом случае у ребенка сохраняется осознание того, что он боится, что страх — есть. В то же время настоящая причина страха маскируется. Например, вместо страха смерти появляется страх «медведя», который может «напасть и голову откусить».

Проиллюстрируем это положение с помощью рассказа ученика 5-го класса Ромы по рисунку «Любимый фильм», который он составил в диалоге с психологом.

Рома: Мой любимый фильм — «Парк Юрского периода». Много огня, постоянно льется кровь. Вообще, я очень люблю боевики и очень хочу узнать, избавятся люди от динозавров или нет.

Психолог: А зачем тебе это надо узнать?

Рома: Если в ближайшие несколько недель люди не избавятся от динозавров, разбежавшихся из парка Юрского периода, то погибнет человечество, и на Земле будут шествовать динозавры.

Психолог: Они что, действительно разбежались?

Рома: Да.

Психолог: Где?

Рома: В Америке.

Психолог: Это на самом деле?

Рома: В мультике — да.

Психолог: Тебе про динозавров снятся сны?

Рома: Да. Бывает, что я сижу в кресле, смотрю телевизор, телевизор падает на пол, разбивается в щепки. Прячу щепки в одеяло, чтобы мама не увидела. Ложусь спать, но не сплю. Открывается дверь, появляется тень. Встаю, поднимаю одеяло — щепок нет, и вся квартира разгромлена. Динозавр идет на меня. Прыгаю в окно, просыпаюсь.

Психолог: А когда такие сны снятся?

Рома: Когда все спокойно, тихо, я один.

Психолог: А что ты чувствуешь, когда видишь динозавра?

Рома: Мне страшно. Сначала думаю, что он хороший, хочу подойти. Но он открывает рот и хочет мою голову откусить.

Психолог: Он что, голодный?

Рома: Наверно, есть хочет, голодный. Папа умер год назад — я кинул ему в рот папин магнитофон.

Психолог: Ты часто вспоминаешь о папе?

Рома: Нет. Но когда приходит динозавр — я нахожу затерянные вещи, которые были у папы.

Психолог: А почему именно в этот момент?

Рома: Может быть, потому что боюсь, знаю, что сейчас умру.

Психолог: И ты можешь умереть, а не только папа?

Рома: Да.

Психолог: А когда страх приходит?

Рома: Когда сразу встаю, смотрю — не упало ли что.

Психолог: Тебе сейчас неприятно?

Рома: Нет. Хочется про папу и динозавров еще рассказывать.

Как мы уже говорили, подсознательный барьер вытеснения связан с активным выключением из сознания истинного, не неприемлемого мотива. Ребенок перенес смерть отца и сейчас боится смерти. Однако, признавая наличие страха, он активно вытесняет его истинный источник — смерть, заменяя на ложный — динозавров. По мнению 3. Фрейда, причиной вытеснения является стремление избежать неудовольствия, вызванного данным воспоминанием. Когда психолог задает вопрос, что мальчик чувствует, когда видит динозавра, он получает следующий ответ: «Мне страшно. Сначала думаю, что он хороший, хочу подойти. Но он открывает рот и хочет мою голову откусить». Ребенку хочется вспоминать о папе — папа хороший. А потом вдруг приходит осознание, что он уже мертв, и пугающая мысль, что ты тоже можешь умереть. Это — слишком страшный момент в воспоминании о папе, особенно если ребенок находится один.

Вытеснение тягостных сведений, связанных со страхом смерти, считается типичным механизмом. При этом надо иметь в виду, что событие, ранее вытесненное и затем вновь введенное в сознание, не теряет своего эмоционального заряда и действует на сознание с прошлой силой. В то же время, изменение отношения к вытесненным воспоминаниям возможно только в сознании, то есть в условиях проторения доступа к пугающей информации. Разрядка напряжения наступает в тот момент, когда сознательный мыслительный процесс проникает до места, где хранится нечто вытесненное и тем самым преодолевает его сопротивление. Разговор с психологом о папе и динозаврах принес ребенку некоторое облегчение, так как он поделился своим страхом с другим человеком и его выслушали. Возникло понимание того, что «хочется про динозавров и папу рассказывать». Когда кому-то расскажешь, — это не так страшно, как хранить в себе.

События, вытесненные в бессознательное, сохраняют эмоциональный энергетический заряд и постоянно ищут возможности пробиться в сознание. Это субъективно ощущается как переживание беспокойства, тревоги или беспричинного страха. Такое повышение общей эмоциональности побуждает человека формировать особую аффективную черно-белую логику, предпочитающую крайние варианты в оценке действительности. Однако есть шанс частично вернуть вытесненное в сознание. Это может произойти в том случае, если факт не отрицается, а его эмоциональное наполнение по-прежнему остается под запретом. Таким образом, частичные права гражданства в сознании получает только образное содержание события.

Вытеснение может осуществляться частично. В этом случае сохраняется отношение человека к истинному мотиву как причине переживания. Оно существует в сознании в замаскированном виде как чувство немотивированной тревоги, сопровождающейся иногда соматическими явлениями. Повышенная тревожность, возникающая в результате неполного вытеснения, таким образом, имеет функциональный смысл, поскольку может заставить человека либо по-новому попытаться воспринять и оценить травмирующую ситуацию, либо подключить другие защитные механизмы. Однако обычно следствием вытеснения является невроз.

4. *Проекция* — бессознательный перенос собственных неприемлемых чувств, желаний и стремлений на другое лицо. В его основе лежит неосозна-

ваемое отвержение своих переживаний, сомнений, установок и приписывание их другим людям с целью перекладывания ответственности за то, что происходит внутри «Я», на окружающий мир. Субъективно проекция переживается как отношение, направленное на ребенка от кого-то другого, тогда как дело обстоит наоборот. Такая защита может быть устойчивой, вести к изменению характера и сохраняться на протяжении всей жизни.

Впервые термин «проекция» ввел 3. Фрейд, понимая ее как неявное уподобление окружающих людей себе, своему внутреннему миру. По мнению А. Фрейд, использование механизма проекции как способа отрицания собственных ошибок и возложения ответственности за них на какую-то внешнюю силу естественно для маленьких детей в ранний период развития. Понимание ее существа позволяет уяснить, почему приписывание одним человеком неблаговидных поступков или свойств другому нередко оборачивается саморазоблачением.

В качестве примера приведем рассказ на тему «Если бы у меня была волшебная палочка, я бы превратилась в…» ученицы 3-го класса Юли.

Юля: Я бы превратилась в кошку Юлию. Жила бы в подполе с кошками обыкновенными.

Психолог: Зачем тебе превращаться именно в эту кошку?

Юля: Потому что эта кошка мне нравится.

Психолог: Чем нравится?

Юля: Потому что она очень красивая, и ласковая, и очень жадная.

Психолог: Почему именно в жадную кошку ты бы превратилась?

Юля: Чтобы у меня все было хорошее, и не тронута была вся моя еда. Я бы была богатой. Чтобы все мне поклонялись. Чтобы я была **королевой кошек.** Чтобы я жила не в подполе, а в замке. Потому что в подполе плохо кормят.

Психолог: Кем ты будешь работать, когда вырастешь?

Юля: Я буду представителем фирмы.

Проекция осуществляется под влиянием доминирующих потребностей, смыслов и ценностей человека. В рассматриваемом нами примере ребенок первоначально заявляет, что хочет превратиться в кошку и «жить в подполе с кошками обыкновенными». Таким образом Юля демонстрирует социально одобряемый вариант своих отношений с окружающими, основанный на принципе равенства детей в классе. Однако в ходе диалога, обсуждая не свои, человеческие, а чужие, «кошачьи» качества, девочка обнаруживает истинный круг своих ценностей, несомненно, вынесенный ею из семьи — «быть богатой», «быть королевой кошек, чтобы все поклонялись», «быть жадной», «чтоб не тронута была вся еда». В этом проявляется желание ребенка быть в центре внимания, стремление к независимости и лидерству. Другие дети такие ценности, естественно, могут и не принять. Обеспечить безопасность, не уронить себя в глазах окружающих девочке помогает вторжение подсознательной защиты, проецируя социально неприемлемые для личности потребности и чувства на внешний объект — кошку Юлию.

Следы проекции обнаруживаются в тот момент, когда, столкнувшись с собственным неблаговидным поступком или нежелательным качеством, человек частично урезает информацию об этом, не сознавая, что это — его собствен-

ный поступок, его личное качество. Пропуская в сознание информацию о существовании неблагоприятного факта как такового, он меняет его принадлежность — относит не к себе, а к другому лицу. Это позволяет ему не уронить себя в глазах окружающих. Таким образом, при реализации проекции личность сдвигает границы своего «Я», осознание которых позволяет ей переживать свою нетождественность с окружающим миром. Границы «Я» сжимаются, удерживая внутри себя только положительное. Тем самым создаются условия для отвержения неприемлемых аспектов образа «Я». Это позволяет личности относиться к внутренним проблемам так, как если бы они происходили снаружи, и изживать неудовольствие так, как будто оно пришло извне. А если «враг» снаружи, а не внутри, то к нему можно применить более радикальные и эффективные способы наказания: стыдить, ругать и высмеивать.

Проекция нередко проявляется у детей с пониженной самооценкой. Человек с высокой самооценкой уверен в себе и не нуждается в непрерывном самоутверждении. При низкой самооценке, напротив, человек хронически недоволен собой вследствие рассогласования между желаемым и реальным образами «Я». Тогда возникает потребность искать и находить себе недруга: ведь сладко сознавать, что плохое — там, во внешнем, зримом объекте. Поэтому низкая самооценка, неуверенность в себе — нередко то ключевое звено, которое повышает вероятность возникновения проекции.

Существует и другой вариант проекции, позволяющий формировать дружеские привязанности и укреплять отношения с другими людьми, так называемое альтруистическое подчинение. В этом случае кажется, что человек не стремится к достижению личных целей, а растрачивает свою энергию на других, как бы живет их жизнью. Такой способ поведения позволяет не только косвенно реализовать собственные скрытые и запретные желания, но и высвободить заторможенную активность и агрессию.

Когда в структуре защиты доминирует проекция, в характере могут усиливаться: гордость, самолюбие, злопамятность, обидчивость, ревность, нетерпимость к возражениям, тенденция к уличению окружающих.

5. *Идентификация* — это неосознаваемое отождествление себя с другим человеком, перенос на себя чувств и качеств желаемых, но недоступных. За счет этого происходит возвышение себя до другого путем расширения границ собственного «Я». Человек, как бы включив другого в свое «Я», заимствует его мысли, чувства и действия. Это позволяет преодолеть чувство собственной неполноценности и тревоги, изменить свое «Я» таким образом, чтобы оно было лучше приспособлено к социуму.

Считается, что благодаря достаточно теплым отношениям с матерью ребенок когда-то смог уверовать в безопасное окружение. Совместное существование ребенка с матерью в прошлом формирует в дальнейшем матрицу, на которой и осуществляется перенос качеств с другого на себя. Мать исполняет или отвергает желания ребенка и становится не только первым объектом его любви, но и первым «законодателем». Индивидуальные пристрастия и антипатии матери оказывают огромное влияние на развитие ребенка. Бы-

стрее всего развивается то, что нравится матери и что ею оживленнее всего приветствуется. Напротив, процесс развития замедляется там, где она остается равнодушной или не показывает свое одобрение. Родители — это строители и охранители мира, который благодаря их усилиям находится в состоянии порядка и обеспечивает ребенку защиту. Поэтому ребенок испытывает к родителям «изначальное доверие», без которого не может развиваться.

Ученик 2-го класса Андрей составил такой рассказ по рисунку «Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе»: «Мне 25 лет!!! Я в подвале работаю водопроводчиком. Мой ребенок в подвале смотрит, как я работаю. Сын, Андрей. Ему 2 года. Моя жена на работе. Ее зовут Аня. Я с ней познакомился в магазине. Она там покупала. А я вошел в магазин».

Психолог: А кем работает твоя мама?

Андрей: В аптеке — полы моет.

Психолог: А папа?

Андрей: Водопроводчиком.

На рисунке мальчика был изображен подвал (рис. 7). В подвале, на фоне множества изогнутых труб с кранами, стоит водопроводчик. В углу, на каменном полу, на небольшом возвышении лежит его ребенок. Вообразив себя на месте модели, папы-водопроводчика, расширив таким образом границы своего «Я» и поместив свое «Я» теперь уже в это общее пространство, ребенок может испытать состояние единения, соучастия, симпатии, почувствовать своего отца через себя и не только понять его существенно глубже, но и избавиться от чувства отдаленности и порожденной этим чувством тревоги. В результате идентификации осуществляется воспроизведение поведения, мыслей и чувств другого лица через переживание, в котором познающий и познаваемое становятся единым.

Для идентификации нужна определенная степень сходства с ее объектом. Сходство усиливает чувство симпатии, близости, сочувствия и дает старт процессам отождествления. Вместе с тем, подчеркнуто инфантильная доверчивость ко всем людям характеризует ребенка с недостаточно сформированной концепцией «Я». В его самосознании сближены «Я» и «МЫ», отсутствует или слабо выражено разделение «Я» и «не-Я», что приводит к зависимости от другого человека и часто выглядит как внушаемость.

Идентификация проявляется в детских ролевых играх. С ее помощью дети усваивают образцы поведения значимых для них людей, то есть активно социализируются. Они становится способны не только подчиняться моральным требованиям своего социального окружения, но и принимать в них участие, чувствовать себя их представителем. Идентификация опосредует принятие женской и мужской роли, позиции взрослого, то есть участвует в формировании «сверх-Я». Включая в свой внутренний мир нормы, ценности и установки любимых и уважаемых им людей, ребенок использует их в дальнейшем как свои собственные. Из этих заимствований он сформирует свой идеал — внутреннее представление о том, каким он хотел бы стать. Однако эта внутренняя инстанция сознания еще очень слаба. Еще долгие годы она нуждается в поддержке и опоре авторитетного лица и может легко разрушиться из-за разочарования в нем.

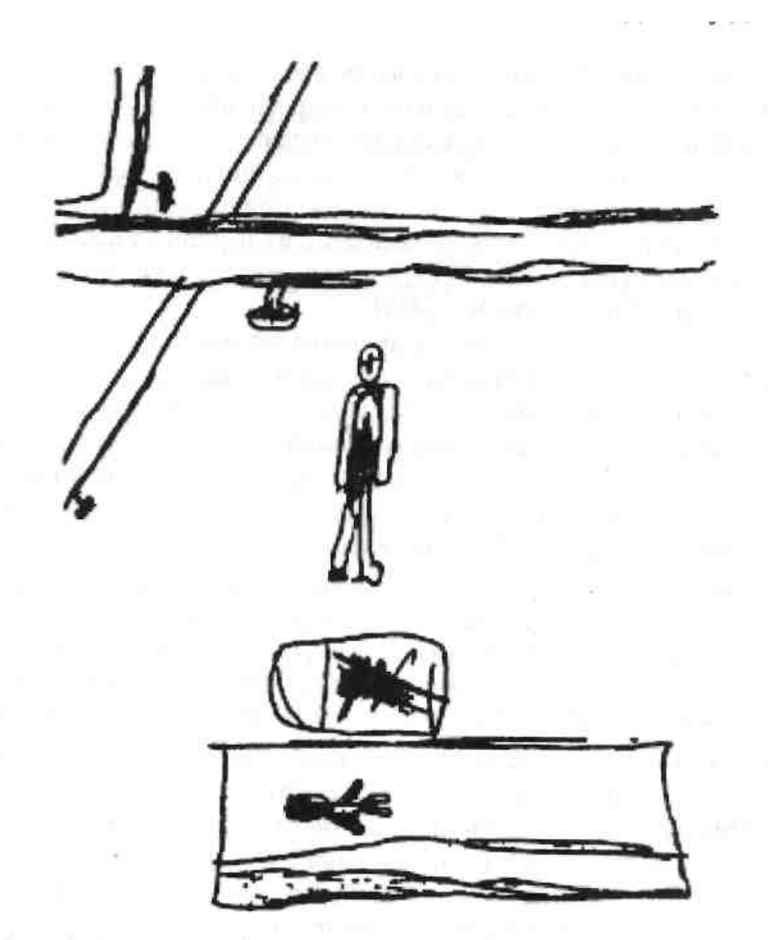


Рис. 7. Рисунок Андрея «Мне 25 лет, я взрослый и работаю на своей работе».

Обычные виды идентификации являются фактором, первоначально облегчающим налаживание отношений, они рассматриваются как необходимые предварительные условия для последующего вступления ребенка в социальное сообщество взрослых. А. Бандура и Р. Уолтере установили, что в процессе усвоения ребенком нового социального опыта особенно эффективна процедура зрительного изучения модели. Дети приобретают новое поведение благодаря подражанию этой модели, что включает процессы наблюдения, имитации и идентификации. При этом социальное научение осуществляется и при отсутствии подкрепления, и при наличии косвенного подкрепления только одной модели поведения.

Способность восхищаться и любить тех, кто лучше нас, создавать идеалы, предрасполагает к идентификации. За счет нее у ребенка формируется чувство собственного достоинства и повышается самоуважение, так как он чувствует себя сопричастным к чему-то, что выше, лучше его. Такая сопричастность помогает преодолеть индивидуальную слабость, беззащитность, ощущение бесцельности жизни. Идентификация с героем помогает человеку встать

на его точку зрения, принять его способы восприятия окружающего мира и разделить его представления о приемах разрешения конфликтов. Она дает возможность не столько понять, сколько почувствовать то, что чувствует герой, и, таким образом, научиться понимать и интерпретировать свои сходные состояния. Отметим, что тревожный рост.суицидов среди современных подростков некоторые специалисты связывают с их неудовлетворенностью героями, которые могли бы помочь им справиться со сложными требованиями «туманной юности» [McWiliams N., 1998].

Одной из частых форм у детей является идентификация с агрессором. Нередко это является следствием ранее перенесенного травмирующего опыта. Воплощая агрессора, принимая его атрибуты или имитируя его агрессию, ребенок преображается из того, кому угрожают, в того, кто угрожает. Так имитация поведения отрицательных персонажей, отношение к которым вызывает беспокойство, позволяет снизить остроту переживаний и даже превратить тревогу в приятное чувство безопасности.

А. Фрейд приводит такой пример. Маленькая девочка боялась проходить через темный зал из-за привидений. Тогда она сама, с помощью жестов, стала изображать привидение и пришла к выводу, что если ты сам — привидение, то можно не бояться идти. Такая физическая имитация антагониста в игре — один из самых распространенных способов коррекции детских страхов.

Проекция и идентификация имеют свои ограничения. Граница «Я», помогающая личности ощутить свою нетождественность с остальным миром, может смещаться и приводить либо к отвержению того, что принадлежит ей самой, либо к принятию того, что принадлежит другому человеку. Однако как исключительная центрированность человека на себе, так и полное уподобление другому, отождествление с его ценностями, означает прекращение развития собственной индивидуальности. Только уравновешенность этих взаимодополняющих механизмов защиты способствует гармонии внутреннего мира.

6. *Замещение* — это перенос реакции с недоступного на доступный объект или замена неприемлемого действия — приемлемым. За счет этого происходит разрядка напряжения, созданного неудовлетворенной потребностью. Этот вид защиты тесно связан с развитием детских игр и ролью игрушек в нормализации психического равновесия ребенка. Играя с куклой, ребенок может «дать» ей возможность делать и говорить все, что ему самому запрещено. Как замещение такая смещенная агрессия (то есть замена мишени, по выражению А. Фрейд) может сформироваться в случае, если физическое наказание используется с целью пресечь агрессию ребенка по отношению к другим детям или животным (например, отец бьет сына, требуя от него, чтобы он не смел обижать маленьких). Даже единичных случаев такого воспитания достаточно, чтобы ребенок усвоил (не обязательно на осознанном уровне), что агрессия в отношении окружающих допустима, а жертву нужно выбирать меньше и слабее себя.

Вместе с тем, замещение может выступать не только как смещенная агрессия, но и как возможность облегчить груз своих эмоций и проработать свои

чувства. В этом смысле понятно, почему ребенку так важно поговорить о собственных проблемах. Для него рассказ является простейшей формой замещения, ведь рассказать — значит что-то сделать.

Замещение может осуществляться разными способами. Первый способ — замещение одного действия другим. Мальчик не может нарисовать крейсер, и от злости рвет рисунок. Второй способ — замещение действия словом. Девочка боится ударить мальчика и, отойдя подальше, начинает его обзывать. Третий способ — это замена мишени, когда человек направляет свою реакцию на другого человека или предмет. Одной из форм замещения этого типа считают замещающую любовь. Одинокий ребенок, с которым никто из сверстников не хочет дружить, дружит со своей морской свинкой или с воображаемым мальчиком, персонажем любимой книжки.

Замещение может разворачиваться также путем перевода действий в иной план — из реального мира в мир утешительных фантазий. Ребенок погружается в фантазии, где можно достичь всего, чего он пока еще не может добиться в жизни, то есть обладать всемогущим контролем. По Ш. Ференци, на инфантильной стадии первичного всемогущества фантазия обладания контроля над миром нормальна. Однако по мере взросления она естественным образом должна трансформироваться в идею вторичности, когда всемогущим воспринимается тот, кто заботится о ребенке.

Достаточно характерен также вариант замещения по типу регрессии — перевода поведения в ранние, незрелые, детские формы. Социальное и эмоциональное развитие никогда не идут строго прямым путем. В процессе роста личности наблюдаются колебания, которые с возрастом становятся менее драматичными, но никогда полностью не проходят. В конце второго года жизни ребенок начинает ходить и тем самым провозглашает свою независимость от матери — и тут же возвращается обратно и прячется «под ее юбкой». Это и есть регрессия — возвращение к знакомому способу действия после достижения нового уровня компетентности.

В этом случае можно наблюдать эгоистическое и безответственное поведение, когда допустимы и капризы, и истерики. Проявляющиеся детские формы демонстративны и призваны замаскировать, отодвинуть поведение, которое человек в данный момент не хочет принимать и осуществлять. Известный психолог П. Жане обратил внимание на то, что человек откатывается к ранним, низшим формам поведения, когда не выдерживает напряжения, которого от него требуют высшие, взрослые формы поведения. Так, стремление к успеху и самоутверждению, не уравновешенное физическими или психологическими способностями, нередко приводит человека к уходу в болезнь из-за невозможности осуществить желаемое.

Развиваясь в раннем детстве, регрессия сдерживает чувство неуверенности в себе и страх неудачи, связанные с проявлением инициативы. Родители нередко поощряют регрессивное поведение, находясь с ребенком в отношениях эмоционального симбиоза и желая, чтобы он всегда оставался маленьким. Если этот способ поведения станет стереотипным, то взрослого человека будет отличать инфантилизм: легкая смена настроения, потребность в кон-

троле, подбадривании, утешении, непереносимость одиночества, импульсивность, зависимость, неумение доводить дело до конца. К реакциям регрессии у детей примыкает также замещение с помощью ритуалов и навязчивых действий, выступающие как комплексы непроизвольных реакций для удовлетворения бессознательных запретных желаний.

7. *Сновидение* — это бессознательные действия «Я» в состоянии сна, которые могут сопровождаться эмоциональными переживаниями. Сновидение можно рассматривать как особый вид замещения, посредством которого происходит перенос недоступного действия в иной план — из реального мира в мир сновидений. Задача сновидения — выразить сложные чувства в картинках и дать человеку возможность их пережить, осуществив замещение реальных ситуаций. Специфика замещения в сновидении состоит в том, что события в нем не связаны с реальностью: временем, пространством, необратимостью явлений.

Мысли, которые человек наяву боится допустить в сознание, приходят во сне, воплощаясь в разные образы. Это возможно, поскольку во сне «цензура» ослаблена. Однако полностью она не всегда выключается, поэтому особо травмирующие элементы нуждаются в зашифровывании и маскировке. Так, исполнение желаний, не удовлетворенных в реальной жизни, в сновидениях нередко двупланово: имеет явную форму и скрытое за ней содержание. Пониманию проблем, обнаруживающихся в фабуле детского сновидения, помогает появление в них разнообразных животных, смысл которых проясняется из их ролей в детских сказках. Ситуации преследования угрожающими существами нередко инициированы проблемами отношений в классе или семье, а беспокойство и тревога в детских снах часто говорят о неготовности к опросу, контрольной, экзамену. При этом чем младше ребенок, тем чаще суть ситуации ясна ему без слов.

Мальчик Витя 8 лет составил по рисунку «Радостный сон» такой рассказ.

Витя: Я такой довольный, я такой счастливый, потому что у меня динозавр. Динозавр большой, хороший, на нем кататься можно. Травоядные динозавры людей не едят, траву едят. Им много еды не надо. В гараже бы он жил, динозаврик.

Психолог: Какие чувства ты сейчас испытываешь?

Витя: Хорошие чувства.

Психолог: Тебе сны часто снятся?

Витя: Мне после зоологического музея змеи все снятся, а динозавры их топчут!

На рисунке (рис. 8) он изобразил мальчика, который ведет за собой на цепочке огромного мощного динозавра — как верного пса. Этот рисунок, как и сон, который был рассказан психологу, на первый взгляд, самые обычные. Насмотрелся ребенок мультиков про динозавров и теперь, конечно, мечтает, чтобы у него был собственный динозавр — кто-то мечтает о собаке, а кто-то о динозавре. Однако фраза «травоядные динозавры людей не едят, траву едят» привлекает внимание и сразу наводит на мысль о том, что динозавр в качестве спутника жизни выбран не зря, что его образ появился в сновидении не случайно и таит в себе некий скрытый смысл. Ведь если существу-

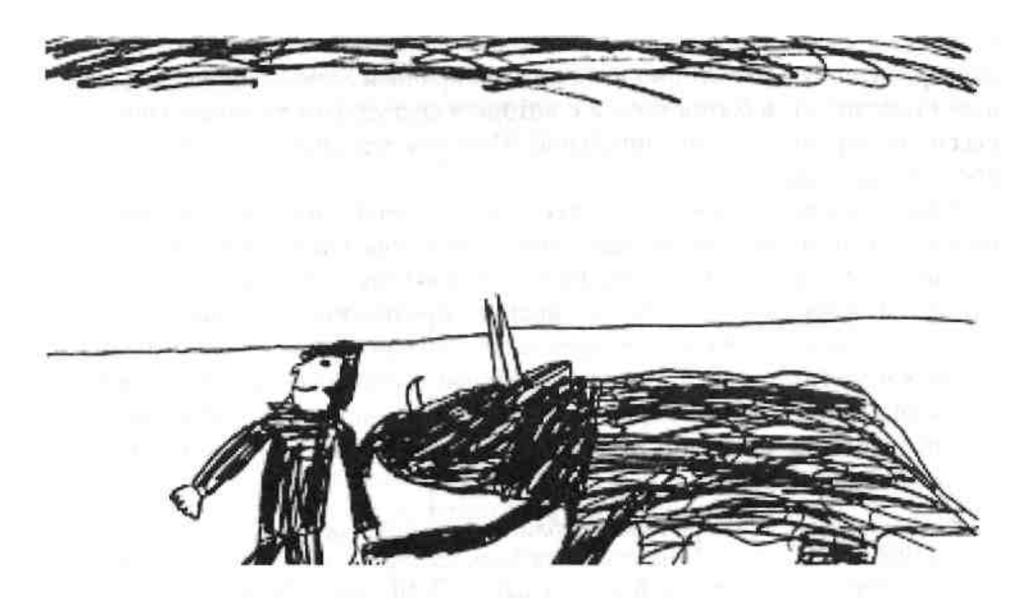


Рис. 8. Рисунок Вити «Радостный сон».

ет некто, кто людей ест, значит, этот некто может представлять из себя угрозу, от которой надо защищаться. Уточняющие вопросы психолога позволили не только выявить источник страха мальчика, но и прояснить защитную роль травоядного динозавра. Фраза: «Мне после зоологического музея змеи все снятся, а динозавры их топчут!» — расставила все по местам.

Сны позволяют вывести страсти ребенка наружу, во сне могут наступить высвобождение, разрядка сгущенных, выходящих из-под контроля эмоций, во сне можно реализовать желаемое, самоутвердиться и поверить в себя. По мнению А. Адлера, образы сновидений являются тем средством, при помощи которых ребенок и взрослый, компенсируя чувство неполноценности, отсутствие самоуважения, стремятся к власти, к превосходству, пытаясь достичь ложного ощущения завершенности. Разрядка возникшего напряжения и его переориентация наиболее отчетливо обнаруживаются в сновидениях детей. При этом не всегда важно, происходит ли удовлетворение в физической и чувственной реальности или во внутренней воображаемой реальности сна, если аккумулированная энергия в достаточной мере разряжается.

8. *Сублимация,* один из высших и наиболее эффективных защитных механизмов, реализует замещение инстинктивной цели в соответствии с высшими социальными ценностями. Сублимация социально приемлемым способом выражает базирующиеся на биологии импульсы (стремление сосать, кусать, есть, драться, совокупляться, разглядывать других и демонстрировать себя, наказывать, причинять боль, защищать потомство). Это осуществляется путем переориентации сексуального и агрессивного потенциалов человека, реализация которых входит в конфликт с личностными и социальными нормами, в приемлемые и даже поощряемые формы общественной и творческой дея-

тельности. Замещается не сам объект, а способ взаимодействия с ним. Такая переориентация требует принятия или, по крайней мере, знакомства с идеальным стандартом, в соответствии с которым сексуальность запрещается, а агрессия объявляется антисоциальной. Поэтому эта защита вызревает у детей достаточно поздно.

Одной из типичных форм сублимации у детей является рисование. Нарисовать свои фантазии подчас легче, чем о них рассказать. Рисунок объективизирует внутренний конфликт, позволяет его отреагировать и тем самым снижает вероятность его внешних проявлений в социально опасной или неприемлемой форме. Посредством рисунка можно контактировать с окружающими и понять, что воплощенные травмирующие впечатления могут восприниматься без переживания стыда и вины. Это объясняет, почему рисование помогает не только при детских страхах, но и при наркомании, заикании, афазиях.

Наблюдение специфической сублимации у ребенка приводит Г. Л. Бардиер (1996): «На уроке Дима старается быть поближе к Оле, дружелюбно смотрит на нее, хочет сесть с ней за одну парту. Дети сообщают, что он в нее влюбился. Дима не возражает и ждет положительной реакции окружающих. Реакции нет. Сама Оля жалуется, что серьезность его намерений ее настораживает. Приходится переключать внимание детей на другую тему. Дети слушают и обсуждают сказку про лунного человечка, а затем принимаются эти проблемы рисовать. Дима знает, что если очень хочется, можно рисовать что-то другое. К концу урока он приносит гордо свой рисунок, который называется «Кот собирается жениться».

На рисунке Димы (рис. 9) была изображена красавица — лиса с длинной косой. Важный кот в турецкой шапочке с пером держал лисичку за руку.



Рис. 9. Рисунок Димы «Кот собирается жениться».

Реакция окружающих не дала возможности мальчику ухаживать за Олей, обсуждать свою любовь и строить матримониальные планы. И тогда защита по типу сублимации позволила найти новый, адекватный для данной ситуации способ взаимодействия с объектом детского сексуального влечения, реализовав переживания мальчика в рисунке как результате его творческой деятельности.

Сублимация включает в себя замещение не только сексуальных, но и агрессивных импульсов. В первую очередь сублимируется агрессия, связанная с самоутверждением, с желанием, чтобы ребенка одобряли или хотя бы просто принимали окружающие. Творческое самовыражение (возможность выступить на сцене, вылепить чашку или сочинить сказку) дает прекрасную возможность получить признание и сублимировать внутренний инстинктивный потенциал. По мнению М. Кляйн, фундаментальные элементы творчества — это конфликт и потребность в его преодолении. Отсутствие конфликта у ребенка лишает его возможности обогащения собственной личности и усиления собственного «Я».

Способность большинства людей отвлекаться от первоначальной цели и находить удовлетворение в ином, допустимом с социальной точки зрения, — органична. Так, сублимация достаточно часто связана с десексуализацией, то есть с перекачкой избытка сексуальной энергии в иную сферу. Сублимация пробуждающихся у подростков половых инстинктов в различные виды интеллектуальной деятельности и физической активности — надежный путь снижения юношеской гиперсексуальности и повышения креативности.

9. *Рационализация* — это осознание и использование в мышлении только той части воспринимаемой информации, благодаря которой собственное поведение предстает как хорошо контролируемое и не противоречащее объективным обстоятельствам. Суть рационализации — в отыскании «достойного» места для непонятного или недостойного побуждения либо поступка в имеющейся у ребенка системе внутренних ориентиров, без разрушения этой системы. С этой целью неприемлемая часть ситуации из сознания удаляется, особым образом преобразуется и, уже после этого, осознается в измененном виде. При помощи рационализации дети легко закрывают глаза на расхождение между причиной и следствием и это позволяет им сохранить уважение к себе.

Мощным стимулом, провоцирующим рационализацию, является потребность ребенка в системе разумной ориентации в окружающем мире, безотносительно к тому, истинна она или ложна. Такая система ориентиров во многом транслируется окружающими взрослыми, что позволяет ребенку осуществлять контакт с реальностью и постигать мир до некоторой степени объективно.

Рационализация — это всегда оправдательное отношение к своему поведению и принципам. При этом ребенок уверен в своей искренности. Однако субъективная убежденность в собственной искренности ни в коем случае не служит критерием истинности. Решение, как поступить, принимается бессознательно. Но, когда поступок совершен, сразу возникает задача найти

для него оправдание, чтобы убедить себя и других, что действуешь ты правильно, в соответствии с реальной ситуацией. Причины поведения, осознаваемые после использования рационализации, обычно представляют собой смесь из ложной информации, в которую включены островки истины — констатация самого события. Наличие в этой смеси элементов истины придает ложную уверенность в том, что истинна и вся смесь. В этой смеси разум пытается навести некий благопристойный порядок, который затем и осознается.

Рационализация может осуществляться разными способами: с помощью самодискредитации, «дискредитации жертвы», «преувеличения роли обстоятельств» или «утверждения вреда во благо» [Романова Е. С, Гребенников Л. Р., 1996]. Самодискредитацию характеризует самооправдание на основе снижения самооценки. Дискредитация жертвы, базируясь на формировании феномена «козла отпущения», позволяет не испытывать к жертве жалости и ее преследовать. Преувеличение роли обстоятельств оправдывает собственную несостоятельность в разных видах деятельности, а утверждение вреда во благо— собственное асоциальное поведение.

Однако чаще всего рационализация достигается с помощью двух типичных вариантов рассуждения: по типу «зеленый виноград» и по типу «сладкий лимон». Первый из них («зеленый виноград») основывается на понижении ценности поступка, который совершить не удалось, или результата, который не был достигнут. В этом случае, утверждая, что ему чего-то не очень-то и хотелось, ребенок, по сути, снижает цель своей деятельности. В основе второго варианта («сладкий лимон») лежит повышение ценности совершенного поступка, полученного результата.

Приведем пример проявления защиты по типу рационализации. Ученик 1-го класса Даня нарисовал рисунок и составил рассказ на тему: «Я и моя болезнь».

Даня: Я заболел, заразился гриппом. Мне хотят сделать укол большим шприцем и маленьким, так как я заболел кашлем и горлом. Больно, щекотно, неприятно, там чешется, и я плачу. Ко мне домой приехал врач. Он злой, активный, быстрый.

Психолог: А почему врач злой?

Даня: Так все хорошие доктора уехали к другим детям.

Психолог: А ты часто болеешь?

Даня: Да, но только раз врач был злой. Злой, но лучше всех — сделал укол хорошо и все прошло!

В этом диалоге можно проследить проявление двух способов рационализации: по типу «зеленый виноград» («все хорошие доктора уехали к другим детям») и по типу «сладкий лимон» («злой, но лучше всех — сделал укол хорошо» — зато). Утверждая, что все хорошие доктора уехали к другим детям, Даня приводит разумное объяснение того, почему ему так не повезло с доктором и, тем самым, оправдывает свое внутреннее напряжение, вызванное встречей со «злым» врачом. В то же время для повышения ценности этой встречи и результата лечения, достигнутого именно благодаря применению «большого шприца и маленького», мальчик использует второй способ рационализации, объясняя, что его «злой врач лучше всех» и уколы свои «делает

хорошо». Умея рассуждать таким образом, ребенок достаточно успешно приспосабливается к неприятной для себя ситуации болезни и лечения уколами.

Этот вид защиты чаще используется людьми с сильным самоконтролем. У них за счет рационализации происходит частичное снятие возникшего напряжения. При этом рационализация формируется тем быстрее, чем чаще и сильнее ребенок испытывает субъективное ощущение несправедливости наказания.

10. *Отчуждение* (или изоляция) — это защитный механизм, связанный с отделением чувства от ситуации. Нередко изоляция проявляется у ребенка достаточно рано при восприятии травмирующих ситуаций или воспоминаниях о них с чувством тревоги, этими событиями спровоцированным. Отчуждение приводит к распаду сознания: его единство дробится. Возникают как бы отдельные обособленные сознания, каждое из которых может обладать своими собственными восприятием, памятью, установками. Вследствие этого некоторые события воспринимаются по отдельности, а эмоциональные связи между ними не актуализируются и, поэтому, не анализируются. Можно сказать, что отчуждение осуществляет защиту путем отстранения «Я» от той части личности, которая провоцирует непереносимые переживания.

В качестве примера проявления защитного механизма отчуждения приведем рассказ и рисунки восьмилетнего Юры, который лечился в хирургическом стационаре по поводу аппендицита.

На рисунке «Я и моя болезнь» до операции (рис. 10) он изобразил ребенка, который лежит на кровати с печальным, страдальческим выражением лица. Вокруг — предметы интерьера. Справа наверху — болезнь, летящая к мальчику. Рассказ по рисунку: «Это я лежу в постели, думаю, как бы скорее выздороветь, чувствую боль в животе, настроение плохое. Книжный шкаф, люстра и стол — они для сюжета, — грустят, потому что я болею. А это моя болезнь, она хочет, чтобы я никогда не выздоровел; злая, она летит ко мне. Но я, наверное, смогу с ней справиться».

На рисунке на ту же тему после операции (рис. 11) тот же мальчик изобразил больничную палату. Две пустые кровати, рядом с одной — человек. На стене окно, на потолке — две лампы. Справа вверху нарисована болезнь, которая улетает. Описание рисунка: «Это я и моя болезнь, она улетает. Настроение у меня хорошее. Хорошо, что я почти выздоровел. Приятно, что уже не болею. У моей болезни настроение плохое, ей не удалось сделать так, чтобы аппендицит у меня прорвался, а ей этого хотелось, она злая. Хочет еще раз вернуться, но ей это, по-моему, не удастся».

Отчуждение, как возможность выйти за пределы собственного «Я», проявилось в способности маленького мальчика отмежеваться от своей внутренней болезни, которую он не в силах был в себя принять и терпеть. После того, как болезнь на рисунке была изображена как отдельное лицо, существующее независимо от мальчика, возникла необходимая внутренняя дистанция между приемлемой и неприемлемой частями «Я» ребенка. И это позволило ему занять определенную позицию в отношении болезни, как неприемлемой части «Я»: «Это моя болезнь, она хочет, чтобы я никогда не выздоровел; злая, она летит ко мне. Но я, наверное, смогу с ней справиться».

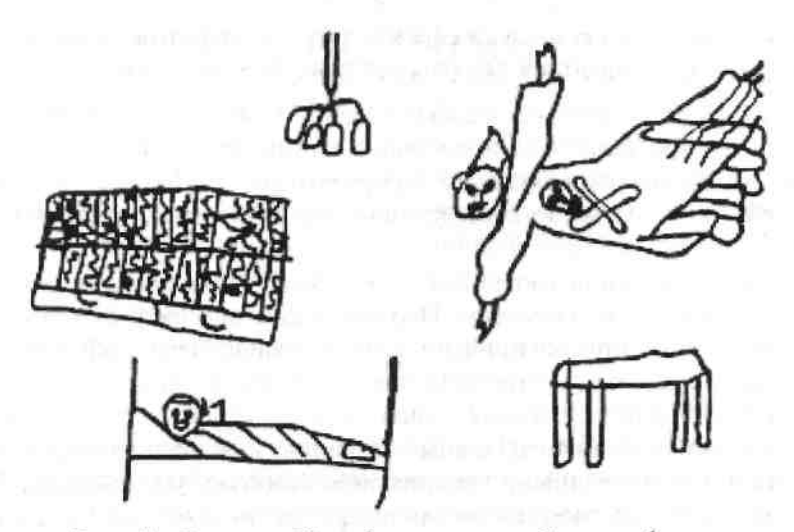


Рис. 10. Рисунок Юры до операции «Я и моя болезнь».

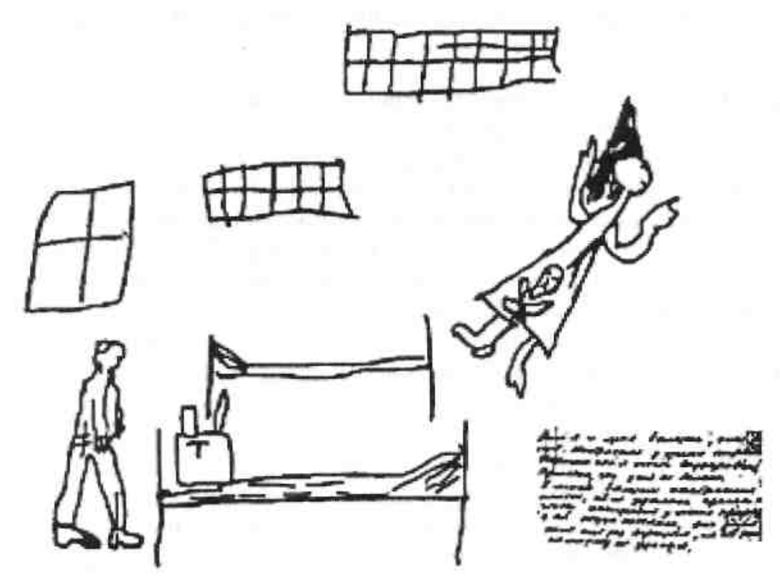


Рис. 11. Рисунок Юры после операции «Я и моя болезнь».

Толчком для формирования отчуждения у ребенка может быть ситуация, когда родители не любят друг друга, однако удерживаются от того, чтобы ссориться или другим образом обнаруживать свою неприязнь. В то же время, холодность лишает их отношения с детьми непринужденности. Тогда ребенок живет в обстановке, не позволяющей ему вступать в тесный контакт ни с матерью, ни с отцом. Поэтому он чувствует себя напуганным, никогда не зная наверняка, что чувствуют и думают его родители. В результате ребенок прибегает к изоляции: отключается от внешнего мира, по-

гружается в свой собственный мир, становится отчужденным. Не удивительно, что, повзрослев, он с большой вероятностью сохранит отчуждение в межличностных отношениях.

Семья — среда, определяющая развитие защиты

В своей знаменитой книге «Психология „Я" и защитные механизмы» Анна Фрейд писала, что объективная опасность и депривация побуждают человека к интеллектуальным подвигам и изобретательным попыткам разрешить свои трудности, тогда как объективная безопасность и изобилие делают его довольно глупым. Тем самым она еще раз подчеркивала свою мысль о том, что организация защитного процесса, — важная и необходимая составная часть развития личности ребенка. Ребенок незрел до тех пор, пока его инстинктивные желания и их осуществление разделены между ним и его окружением так, что желания остаются на стороне ребенка, а решение об их удовлетворении — на стороне внешнего мира. Шансы ребенка стать здоровым, независимым и ответственным во многом зависят от того, насколько его собственное «Я» способно справиться с внешним и внутренним дискомфортом, то есть защитить себя и быть способным самостоятельно принимать решения.

Формирование полноценной системы психологической защиты происходит по мере взросления ребенка, в процессе индивидуального развития и научения. Индивидуальный набор защитных механизмов зависит не только от темперамента ребенка, но также от конкретных обстоятельств жизни (стрессов), с которыми он сталкивается, от многих факторов внутрисемейной ситуации, от отношений ребенка с родителями, от демонстрируемых ими паттернов защитного реагирования [Abraham K. A , 1925, Klein M., 1959, Ekman P., 1993, McWiliams N., 1998]. В процессе взросления каждый индивид сталкивается с большим разнообразием ситуаций, вызывающих эмоциональные состояния, выражения которых чреваты дальнейшим конфликтом и дополнительной опасностью. В результате ребенок развивает механизмы защиты, представляющие из себя косвенные пути переживания эмоционального конфликта и совладания с ним.

В многочисленных исследованиях ранние межличностные взаимодействия ребенка однозначно оцениваются как определяющий фактор его дальнейшего психического развития и социальной адаптации. Защитные механизмы возникают у ребенка как результат: 1) усвоения демонстрируемых родителями образцов защитного поведения; 2) негативного воздействия со стороны родителей.

При рассмотрении защиты как результата усвоения родительских стилей поведения в виде научения через подкрепление или посредством подражания и его аналогов — имитации и идентификации — подчеркивается роль семьи как психосоциального посредника общества, призванного с помощью внешнего вмешательства в развитие ребенка актуализировать различные ме-

ханизмы защиты как средство социальной адаптации. Это подтверждают широко известные эксперименты Г. Харлоу и наблюдения за поведением детей после изоляции от матери и другого близкого человека в раннем детстве. Доказано, что биологический смысл раннего запечатлевания (импринтинга) можно напрямую связать с образованием системы психологической защиты, при невозможности сформировать которую необратимо наступают изменения в поведении.

Под негативным воздействием со стороны родителей подразумевают недостаточное удовлетворение базисных потребностей ребенка. Если ребенок не имеет правильного и постоянного материнского ухода (не удовлетворяется потребность в привязанности и безопасности) — у него быстро развивается болезненное состояние напряжения. В этих условиях младенец, лишенный ухода матери, в качестве защитной компенсации будет стараться стимулировать себя ритмическими движениями тела, например, стукаясь лбом или сильно раскачиваясь.

У холодных и безразличных матерей младенцы часто бывают напряженными, сопротивляющимися. Они даже сосать не хотят, а иногда становятся совершенно отчужденными, впадая в состояние, близкое к ступору. Английский психоаналитик Дж. Боулби (1951) указывал, что ребенок, оторванный от матери или оказавшийся в индифферентной к нему среде, проходит три стадии: протест, отчаяние и, наконец, отрешенность. В стадии протеста он сердится, что мать ушла от него, затем он теряет надежду, что она вернется, наконец, его отчаяние переходит в отрешенность и он перестает реагировать.

Дистресс (расстройство настроения у родителей) также оказывает как сиюминутное, так и долговременное неблагоприятное воздействие на развитие ребенка даже при отсутствии других проблем. Показано, что если мать подвержена депрессии на протяжении первых лет жизни ребенка и уходит в себя, то он воспринимает ее некомпетентность как собственную несостоятельность. Это приводит к пожизненному дефициту способности справляться с напряжением и управлять взаимодействием с окружающим миром. Родительская депрессии сказывается и на родительстве вообще, на отношениях между поколениями в течение всей жизни [Cohler B. J., Stott F. M., MusickJ. S., 1996).

На структуру защиты ребенка влияет также властность матери. Дети властных матерей проявляют много признаков ранней невротизации, что в дальнейшем проявляется как особенности их характера: застенчивость, устойчивые страхи, повышенная тревожность, излишняя покорность [Александер Ф., Селесник Ш., 1995].

Теплое чувство в отношениях «мать и дитя» в первые годы жизни защищает ребенка от многих расстройств. Вместе с тем, в случаях материнской сверхзаботы, когда не удовлетворяется потребность ребенка в свободе и автономии, последствия для личности могут быть столь же разрушительны. Многие обстоятельства роста и развития ребенка в семье провоцируют включение психологической защиты. Например, при частых или хронических заболеваниях чрезмерная забота родителей о ребенке и внимание к его здоро-

вью и самочувствию нередко формирует у него стратегию «ухода в болезнь», которая может сохраниться и в характере взрослого.

Во всех перечисленных случаях говорить о развитии полноценной, сбалансированной системы защиты не приходится. Эмоциональное отвержение и эмоциональный симбиоз, которые блокируют, соответственно, тенденцию к присоединению и тенденцию к отвержению, по мнению Е. Т. Соколовой, как раз и являются теми экстремальными родительскими установками, которые затем переходят в типичные нарушения родительского поведения. А такие нарушения могут быть весьма разнообразными. Перечисляя те из них, которые неизбежно нарушают безопасность ребенка и побуждают его формировать всевозможные способы защиты для ликвидации чувства изоляции и беспомощности, К. Хорни выделяла: прямое и непрямое доминирование, безразличие, нестабильное поведение, недостаток уважения к индивидуальным потребностям ребенка, недостаток реального руководства, слишком большое восхищение или его полное отсутствие, недостаток теплоты, понуждение принимать чью-то сторону в родительских спорах, слишком большую или слишком малую ответственность, сверхпротекцию, изоляцию от других детей, несправедливость, дискриминацию, невыполнение обещаний, враждебную атмосферу и пр. [Hall C. S., Lindzey G., 1997].

Не менее важным является наличие в семье барьеров общения. Примером барьера общения может служить «замаскированная коммуникация». В этом случае родитель подтверждает содержание того, что ему сообщает ребенок, но в то же время отвергает интерпретацию, которую тот предлагает. Например, если ребенок жалуется, что ему плохо, родитель отвечает: «Ты не можешь так говорить, ведь у тебя все есть. Просто ты капризный и неблагодарный» [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999]. В этом случае, ради спокойствия индивида, интерпретация его сообщения так искажается, что ее информационная роль сводится к нулю. Однако внутренняя напряженность у ребенка остается и может дать стимул к запуску конкретных защитных механизмов: подавления, замещения или рационализации.

Е. В. Чумакова (1999) представляет результаты исследования связи между стилем психологической защиты у родителей и их отношением к ребенку. Например, склонность мамы к защитному отрицанию усиливает принятие ребенка, увеличивает эмоциональную близость с ним, но также способствует его восприятию «в розовом свете». Склонность к защитному вытеснению приводит к снижению у мамы удовлетворенности отношениями с ребенком, к формированию подчиненной позиции (забывание роли «матери»). «Вытесняющие» папы и вовсе не способны устанавливать со своими детьми эмоционально близкие отношения. Самой неблагоприятной с позиции влияния на отношение к ребенку у матерей оказывается защита по типу регрессии. Такие мамы не способны выполнять взрослые обязанности по отношению к ребенку, поэтому начинают управлять ситуацией посредством чрезмерной строгости. Напротив, если регрессия характерна для отцов, это приводит к усилению принимающего поведения и снижению требовательности.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О КОПИНГ-ПОВЕДЕНИИ

Психологическая защита включается автоматически и является неосознанной. Однако личность как социальное, сознательное и самостоятельное существо, способна разрешать конфликты, бороться с тревогой и напряжением целенаправленно. Для обозначения сознательных усилий личности используется понятие *копинг-поведения (coping),* или осознанных стратегий *совладания* со стрессом и с другими порождающими тревогу событиями. (Само слово *«совладание»* происходит от старорусского «лад», «сладить» и означает «справиться», «привести в порядок», «подчинить себе обстоятельства».). Впервые термин «копинг» был использован при исследовании способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. Р. Лазарус (1966) распространил его на множество ситуаций острого и хронического психологического стресса. Он определял механизмы совладания как стратегии действий, предпринимаемых человеком в ситуациях угрозы, относящейся к физическому, личностному и социальному благополучию, как деятельность личности по поддержанию баланса между требованиями окружающей среды и ресурсами организма

При исследованиях *стресса* копинг-поведение нередко рассматривается как понятие, близкое по своему содержанию к психологической защите. Действительно, когда происходит любое стрессовое событие, нарушается гомеостаз. Его нарушение может быть вызвано характеристиками стрессора или их восприятием. Организм человека реагирует на воспринятое нарушение *либо автоматическими адаптивными ответными реакциями, либо адаптивными действиями, целенаправленными и потенциально осознанными* [Perrez M., Reicherts M., 1992]. В первом случае речь идет о неосознанных поведенческих реакциях или защитных механизмах. Во втором случае имеет место осознанное поведение совладания. Основным отличием защитных автоматизмов от кошшг-стратегий является неосознанное включение первых и сознательное использование вторых.

Для совладания необходимо, по крайней мере, соблюдение трех условий: во-первых, достаточно полного осознания возникших трудностей; во-вторых знания способа эффективного совладания именно с ситуацией данного типа и, в третьих, умения его своевременно применить на практике. Из сказанного понятно, насколько эффективность совладания зависит от того, является ли срабатывание данной защиты ситуативным или это уже элемент стиля личного реагирования на трудности.

Некоторые авторы напрямую определяют копинг-стратегии, как осознанные варианты бессознательных защит. Действительно, по мере развития и формирования самосознания личность способна осознавать то, что ранее осуществляла автоматично. Это положение лежит в основе многих психотерапевтических подходов, которые ставят своей целью дать пациенту знания о психологической защите, учат фиксировать проявление ее механизмов, осознанно и гибко использовать наиболее зрелые и эффективные из них [PlutchikR. A., 1980].

В других случаях считается, что отношение между копинг-поведением и защитными механизмами более сложное. Совладание рассматривается не только как осознанный вариант бессознательных защит, но и как родовое, более широкое понятие по отношению к ним, включающее в себя как бессознательные, так и осознанные защитные техники [Ulich D., Mairing Ph., Strehmel P., 1980]. В рамках этого второго подхода механизмы психологической защиты выступают только как один из возможных способов реализации стратегии копинга. Так, проекцию и замещение можно трактовать как часть стратегии совладания по типу конфронтации, изоляцию и отрицание — как часть стратегии отдаления и пр. механизмов.

При разграничении механизмов психологической защиты и осознанных стратегий совладания В. А. Ташлыков (1992) предлагает следующую схему анализа.

Инерционность. Механизмы психологической защиты не приспособлены к требованиям ситуации и являются ригидными. Техники сознательного самоконтроля являются пластичными и приспособлены к ситуации.

Непосредственный и отложенный эффект. Механизмы психологической защиты стремятся к возможно более быстрому уменьшению возникшего эмоционального напряжения. При использовании сознательного самоконтроля человек может терпеть и даже доставляет себе мучения.

Тактический и стратегический эффект. Механизмы психологической защиты «близоруки», создают возможность только разового снижения напряжения (принцип действия — «здесь» и «сейчас»), тогда как механизмы совладания рассчитаны на перспективу.

Разная мера объективности восприятия ситуации. Механизмы психологической защиты приводят к искажению восприятия действительности и самого себя. Механизмы самоконтроля связаны с реалистическим восприятием, а также способностью к объективному отношению к самому себе.

Таким образом, несмотря на близость сравниваемых понятий, их можно разделить. Кроме указанных критериев, надо отметить принципиальную возможность обучения совладанию — применению осознанных стратегий за счет овладения определенной последовательностью действий, которая может быть воспринята и описана человеком.

Стратегии совладания классифицируются на поведенческие, эмоциональные и когнитивные [Coyne J. C, Lasarus R. S., 1980, Heim E., 1988]. Среди них выделяют конструктивные, относительно конструктивные и неконструктивные стратегии. В поведенческой сфере к конструктивным, адаптивным стратегиям относятся сотрудничество и поиск поддержки в социальной среде, к относительно конструктивным — отвлечение от трудностей и проблем, обращение к какой-либо деятельности, уход в работу, альтруизм; к неадаптивным — избегание, уединение. В когнитивной сфере активная переработка проблем, приспособление, обретение равновесия описываются как конструктивные, относительно адаптационными названы: сохранение самообладания, религиозность, придание смысла, проблемный анализ с поиском информации, более глубокое осознание собственной ценности как личности, отно-

шение к трудностям как к вызову судьбы. Неадаптивные формы в когнитивной сфере — отвлечение и переключение мыслей на другие, игнорирование сложной ситуации, отказ от преодоления трудностей, растерянность. В эмоциональной сфере адаптивными формами являются протест, возмущение, оптимизм, равновесие, самоконтроль. Также способствуют преодолению ситуации эмоциональная разгрузка, отреагирование чувств. Подавление эмоций, покорность, фатализм, самообвинения определяются как неадаптивные.

Изучение поведения в трудных ситуациях ведется в настоящее время в нескольких направлениях. Это исследование когнитивных конструктов, обуславливающих способы реагирования на жизненные трудности; влияния личностных переменных; анализ самих трудных жизненных ситуаций.

Р. Лазарус (1976) выделяет два глобальных стиля поведения в проблемной ситуации: проблемно-ориентированный стиль и субъективно-ориентированный. Проблемно-ориентированный стиль, направленный на рациональный анализ проблемы, связан с созданием и выполнением плана разрешения трудной ситуации и проявляется в таких формах поведения, как самостоятельный анализ случившегося, обращение за помощью, поиск дополнительной информации. Субъективно-ориентированный стиль является следствием эмоционального реагирования на ситуацию, не сопровождающегося конкретными действиями, проявляется в виде попыток не думать о проблеме, вовлечения других в свои переживания, использования алкоголя, наркотиков и т. д. Эти формы поведения характеризуются наивной, инфантильной оценкой происходящего.

«Разрешающие проблему» личности являются предметно-ориентированными, то есть заинтересованными в анализе сути происходящего людьми, тогда как «переживающие проблему» — личностью ориентированы и больше озабочены своим собственным состоянием или мнением окружающих. Кроме того, исследователи выделяют и третий базовый стиль реагирования — избегание.

Проведя исследовании 100 взрослых людей с высшим образованием, Р. М. Грановская и И. М. Никольская (1999) показали, что в трудных и неприятных жизненных ситуациях для нормализации самочувствия они склонны использовать пять комплексных стратегий совладания с внутренним напряжением и беспокойством.

Это, во-первых, *взаимодействие личности с продуктами творчества* - книгами, музыкой, фильмами, картинами, архитектурными сооружениями, другими предметами искусства. Совокупность этих стратегий можно обозначить термином «арттерапия», подразумевая под этим механизм комплексного воздействия продуктов творчества на психику человека (отвлечение от неприятных переживаний, переключение мыслей на другие темы, сопереживание, эмоциональное отреагирование, получение эстетического наслаждения, душевная гармонизация под влиянием цвета, звука, ритма, хорошей формы). К этим стратегиям близки еще две: терапия творческим самовыражением (пение, игра на музыкальных инструментах, сочинение стихов, рисование) и созерцание красоты явлений природы.

Достаточно часто взрослые также используют поведенческие стратегии. Сюда относятся *«поиск социальной поддержки»* (разговор и другие виды общения с близким человеком), *«уход в работу»* (учеба, работа, домашние дела), а также *смена вида активности с психической на физическую* (спорт, прогулки, водные процедуры или другие виды физической активности или мышечного напряжения - расслабления с целью психического успокоения). Популярны также так называемые приемы «за-» (заесть, загулять, залюбить, затанцевать). Их можно трактовать как защиту, при которой эмоциональная разрядка осуществляется через активацию экспрессивного поведения.

Наиболее частой стратегией совладания, проявляющейся в интеллектуальной сфере, явилось обдумывание и осмысление причин возникшей ситуации, поиск выхода из нее, поиск позитивных моментов.

КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ

Все люди — не только взрослые, но также дети — в трудных для себя жизненных ситуациях используют разнообразные стратегии защиты от внешней и внутренней опасности. На o'снове знаний и личного опыта они, как умеют, стараются справиться с внутренним напряжением и улучшить свое душевное состояние. И для этого смотрят любимые фильмы, уходят из комнаты, громко хлопнув дверью, или просят помощи и совета. Проявление таких защитных стратегий можно легко заметить, наблюдая за поведением детей или анализируя продукты их деятельности: игры, рисунки и рассказы («получил двойку — **играю** солдатиками»; «учительница наказала — **думаю,** что дура»; «скучно — **как закричу!»).** При этом нередко детское защитное поведение — и типичные для них поведенческие защитные реакции, и осознанно применяемые стратегии совладания — трактуется взрослыми людьми как лень, упрямство, капризы, агрессия, лживость или невоспитанность ребенка.

Наши исследования показали существенные различия в проявлении копинг-поведения у взрослых и детей младшего школьного возраста [Никольская И. М., Грановская Р. М., 2000]. Поведенческие стратегии с одинаковой успешностью применяют и те, и другие, однако по своему содержанию эти стратегии отличаются, поскольку у взрослого и у ребенка ведущими являются разные виды деятельности. Если у мамы после ссоры с дочерью «уход в работу» проявится как стирка белья, то у ребенка — как выполнение уроков или занятия «ненавистной» музыкой.

Эмоциональные способы борьбы со стрессом дети используют чаще взрослых, так как заострение эмоциональных свойств личности — их характерная особенность. Отреагировать неприятную жизненную ситуацию с помощью эмоций: горя («плачу»), гнева («воплю, кричу») или аффекта в целом («схожу с ума») — для детей обычное дело. И действительно, такой эмоци-

ональный уровень реагирования на «вредности» жизни в 6-12 лет считается возрастной нормой [Ковалев В. В., 1973; Лебединская В. В., 1985].

Вместе с тем, возможность применять интеллектуальный копинг у ребенка еще невелика. Это полезное приобретение человека базируется на хорошо развитом понятийном мышлении, умении работать с информацией, нередко без опоры на конкретную жизненную ситуацию. Такой, сугубо левополушар-ный, тип мышления у детей еще только формируется.

При исследовании копинг-поведения у детей обычно анализируется три аспекта: что делают дети, переживая стрессовую ситуацию, как часто они применяют то или иное действие в период стресса и насколько это им помогает. Для этого можно использовать опросник копинг-стратегий школьного возраста SCSI (Schoolager's Coping Strategies Inventory) [Ryan-Wenger N. M., 1990], адаптированный в нашей стране Н. А. Сиротой и В. М. Ялтонским (1994). Он содержит 26 пунктов-утверждений, соответствующих единицам психометрического измерения стратегий, избираемых детьми 8-12 лет для преодоления стрессовых ситуаций.

Уже предварительное знакомство с копинг-стратегиями, представленными в этом опроснике, показывает, что их защитное действие базируется на разных механизмах. Так, стратегии «сплю», «ем или пью», кроме переключения, восстанавливают физические силы ребенка. Стратегии «бегаю», «хожу пешком», «гуляю», «катаюсь» помогают ребенку через двигательную экспрессию «вогнать в мышцы» свои эмоциональные трудности. Стратегии «борюсь, дерусь», «дразню», «бью, ломаю и швыряю» позволяют отреагировать гнев с помощью и физической, и вербальной агрессии. «Говорю правду, прошу прощения» — успокаивает через исповедь и очищение души; «рисую, пишу, читаю», «играю» — посредством ухода в детскую «работу»; «плачу, грущу, схожу с ума» — с помощью эмоционального отреагирования.

Таким образом, копинг-стратегий, представленные в опроснике, имеют не только разное содержание, но и разное функциональное значение в защитном поведении ребенка. Они могут быть биологически, психологически и социально обусловленными. Могут иметь самостоятельное значение и проявляться в сочетании с другими копинг-стратегиями. Это означает, что, формируя свое копинг-поведение, дети опираются на свои биологические, личностные ресурсы, а также использую ресурсы окружающей их социальной среды.

Чаще других младшие школьники используют способы: «обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого, любимую вещь, или глажу животное», «смотрю телевизор, слушаю музыку», «стараюсь забыть», «прошу прощения или говорю правду», «мечтаю, представляю себе что-нибудь», «рисую, пишу или читаю», «плачу и грущу», «играю в игру». Их применяют в трудных ситуациях более 70% детей. Самыми редкими по использованию были пять: «кусаю ногти и ломаю суставы пальцев», «дразню кого-нибудь», «воплю и кричу», «схожу с ума», «бью, ломаю и швыряю». Их применяли менее 30% детей.

На вопрос о том, какие стратегии помогают снять напряжение и беспокойство, более 60% детей выбрали ответы: «обнимаю, прижимаю, глажу», «про-

шу прощения или говорю правду», «смотрю телевизор, слушаю музыку», «рисую, пишу, читаю», «стараюсь расслабиться, оставаться спокойным», «мечтаю, представляю». Хотя многие указали, что не применяют ту или иную стратегию, тем не менее, дети отмечали ее эффективность. Это касалось таких социально не одобряемых способов поведения, как «кусаю ногти», «борюсь, дерусь», «бью, ломаю, швыряю». В связи с проявлением такой скрытой, социально обусловленной защиты, была вычислена мера эффективности — отношение степени эффективности каждой стратегии к частоте ее использования. Этот, уже объективный критерий, позволил выявить те стратегии, которые больше всего помогут детям, если они все-таки начнут их использовать.

Особенно эффективными оказались следующие двенадцать стратегий. 1. «Сплю». 2. «Рисую, пишу, читаю». 3. «Прошу прощения или говорю правду». 4. «Обнимаю, прижимаю, глажу». 5. «Гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде». 6. «Стараюсь расслабиться, оставаться спокойным». 7. «Гуляю вокруг дома или по улице». 8. «Смотрю телевизор, слушаю музыку». 9. «Играю в игру». 10. «Остаюсь сам по себе, один». 11. «Мечтаю, представляю». 12. «Молюсь».

Средней мерой эффективности обладали стратегии: «говорю сам с собой», «стараюсь забыть», «ем или пью», «бегаю или хожу пешком», «говорю с кемнибудь», «схожу с ума», «кусаю ногти», «думаю об этом». Наконец, пять стратегий совладания со стрессом не очень эффективны: «плачу, грущу», «бью, ломаю, швыряю», «дразню кого-нибудь», «борюсь, дерусь», «воплю, кричу».

Самое большое значение меры эффективности оказалось у стратегии «сплю», которую как защиту осознанно используют 64% детей. Раскроем более подробно содержание некоторых из популярных детских копинг-стратегий.

Сплю

Сон — эффективная защита как от внешней, так и от внутренней опасности [Вейн А. М., 1974]. Его качество и длительность имеют важное значение для работоспособности. Недостаточно длительный сон и его неудовлетворительное качество приводят к ухудшению памяти, снижению способности сосредоточиться, к плохому настроению. А ведь настроение и работоспособность очень важны для детей, основной социальной деятельностью которых является учеба.

Защитное действие сна — следствие нескольких факторов. Во-первых, сон позволяет «отключиться» от неприятной ситуации, «не видеть» и «не слышать» ее. Во-вторых, немаловажен чисто физиологический аспект. Горизонтальное положение во сне ведет к мышечному расслаблению и сопутствующему ему психическому успокоению. Надо сказать, что сама по себе усталость скелетной мускулатуры — один из факторов, способствующих наступлению сна. Такая усталость может быть следствием и физического утомления, и нервно-психического напряжения как результата травмирующих

событий и переживаний. Поэтому можно даже не спать, а просто принять горизонтальное положение и вследствие этого расслабиться и успокоиться (стратегия «стараюсь расслабиться, оставаться спокойным»).

Умственная нагрузка тоже может способствовать наступлению сна. В течение дня мозг ребенка накапливает огромную информацию, ведь детям полагается усваивать большой объем учебных знаний и социальных нормативов. Информация обычно дается ребенку в речевой форме. Это значит, что в общении с ним доминирует рассудочность, нет непосредственности в выражении эмоций; более того, ставятся препятствия их спонтанному выражению. Таким образом, ребенка заставляют активизировать пока не доминирующее у него левое полушарие мозга, запоминать абстрактный материал, часто непонятный и не наполненный конкретным содержанием, без его образной и эмоциональной проработки. Во время сна контакт ребенка с окружающими ограничен. В то же время, осуществляются достаточно интенсивные психические процессы доработки информации, ее творческой переработки, сохранения в памяти, в том числе посредством сновидений. Переработка информации в сновидениях имеет, как правило, **наглядно-чувственный характер** и активизирует эмоциональную сферу личности, что очень **важно для ребенка,** поскольку у него доминируют правополушарные процессы.

Четвертый фактор, лежащий в основе защитной функции сна, — это возможность снять накопившееся за день напряжение, **отреагировать** неприятные травмирующие переживания и решить нерешенные конфликты в образной и эмоциональной форме.

Проиллюстрируем это положение с помощью рассказа девятилетнего Саши по рисунку «Сон, который меня взволновал». Этот рассказ показывает, что именно сновидение помогает ребенку посредством инсайта решить проблему — определить, что в отношениях со сверстниками он является отвергаемым.

«Приснилось — мы стояли с ребятами. Вдруг видим — впереди машинки с педальками. Все ребята сели в машинки и уехали, а я остался. Нажимаю на педали, а еду — еле-еле. Почувствовал одиночество и только теперь понял, что за сон. Ребята ко мне относятся — как будто я их мало интересую. Значит, когда вырасту, они то будут со мной, то нет».

Сновидения у детей так же часты, как и у взрослых, но, в отличие от взрослых, большинство детских снов отражает события предыдущего дня. В то же время, у детей и подростков, при большей важности сна, его нарушения встречаются чаще, чем у взрослых. 55% здоровых школьников 1-10 классов не удовлетворены своим сном: 28% жалуются на недостаточную длительность сна, 15% — на его недостаточную глубину, 12% — и на то, и на другое. У детей, страдающих неврозами, сон вдвое чаще перегружен сновидениями, чем у здоровых детей [Кулакова Т. П., 1985]. Это можно рассматривать как вынужденный компенсаторный механизм, способствующий разрешению их конфликтов. При этом сновидения больных детей резко отличаются своей отрицательной эмоциональной окраской. Так, на радостный характер сновидений указывает 41% здоровых детей и только 4,8% тех, у кого диагностиро-

ван невроз. Таким образом, сон — это крайне необходимая детям защита и от внешних, и от внутренних проблем.

Рисую, пишу, читаю

Стратегия «рисую, пишу, читаю» — одна из многочисленных детских поведенческих стратегий — напрямую связана с обучением. Когда дети приходят в школу, учеба приходит на смену игре и становится ведущим видом их деятельности. Конечно, дети по-прежнему много играют. Однако если провинившийся ребенок садится за уроки вместо того, чтобы играть, то он получает социальное одобрение со стороны взрослых и начинает понимать, что таким способом можно не только искупить вину, но и вызвать похвалу. Такая стратегия поведения имеет в своей основе подсознательный защитный механизм компенсации.

В то же время, дети читают не только учебники, но и свои любимые книжки. Рисуют взволновавшие их события и ситуации и выражают в рисунках отношение к ним. Они записывают любимые песни, ведут дневники, пишут письма. Таким образом, как вариант арт-метода стратегия «рисую, пишу, читаю» может реализовываться в процессе взаимодействия ребенка с продуктами человеческого творчества или в процессе его собственного творческого выражения. По нашим наблюдениям, после годичного посещения уроков психологии, где дети постоянно составляют устные, а затем письменные рассказы по рисункам и таким образом пытаются выразить свои переживания, они начинают достоверно чаще осознанно применять эту стратегию в трудных ситуациях, чем дети, которые никогда не посещали такие уроки.

При этом особая роль в организации такого защитного поведения отводится **рисованию.** Столь значимая роль рисунка объясняется тем, что дети чувствуют и понимают больше, чем могут выразить в словах. В детстве рисование выступает как способ объединения и согласования целого ряда психических функций — речи, мышления, восприятия, внимания. Особенно ярко это проявляется в конфликтной ситуации, когда вследствие накопления переживаний вступают в действие эмоциональные тормоза. Поскольку детям трудно сдерживать желания и ограничивать свои фантазии, возможность выразить их в рисунках нормализует и уравновешивает их психику. Как показывает опыт, рисование — лучший способ налаживания отношений даже с малоконтактными детьми.

Прошу прощения, говорю правду

Если ребенок чувствует вину или боится наказания взрослых, то использует один из вариантов социального взаимодействия для совладания с внутренним напряжением — просит прощения или честно рассказывает о том, что произошло. Самочувствие младших школьников тесно связано с их учебой и, в первую очередь, с отметками. Кроме того, в детской жизни трагедией являются ситуации материальной утраты вещей, особенно если это — чужие вещи,

а виноват в их потере или поломке ребенок. Дети, которые искренне считают испорченные вещи и плохие отметки поводом для переживаний, испытывают из-за этих неприятных событий целую гамму отрицательных эмоций. Хранить такие волнующие события в тайне очень трудно, но пока правдиво все не расскажешь и не получишь прощения — совесть не успокоится и страх наказания не пройдет.

> В качестве иллюстрации сказанного приведем рассказ Кати 8 лет: «Я виновата, я пролила мамин кофе, мама стала меня ругать. Мама чувствует, что надо покупать скатерть новую (не отстирывается). На меня рассердилась. Расстроилась. Чувствую, что мама расстроилась. Не купит мне ничего сладкого. Всегда не покупает, когда я виновата, когда двойку получаю. Прошу прощения — простит, но сначала скажет: «Я не прощу, сладкого не куплю, диснеевские фильмы смотреть не будешь». До вечера, до самого вечера не простит. Злюсь, что не прощает. Ведь прощения просила, а не прощает. Плакать хочется. Хочется не слушаться — включить телевизор и смотреть. Но если ослушаюсь, сразу в угол поставит. Боюсь, что выпорет из-за того, что не слушаюсь. После этого не хочется есть. Ничего не хочется. Не хочется делать уроки, Рассерживаюсь на нее. Хочется в лес уйти и на дереве сидеть. Она не ищет. И брат не сочувствует. А папы дома нет».

Стратегию «прошу прощения, говорю правду» можно считать детским прототипом взрослого способа преодоления трудностей — «исповеди». Чувствуя, что совершил нечто нехорошее, ребенок, как и взрослый, может терять уважение и доверие к себе. Постепенно он понимает, что только правда способствует вскрытию душевного нарыва, и хотя в кульминационный момент он испытывает боль и испуг, в самом факте его откровенности содержится облегчение — катарсис. Душевная тайна требует специальных и непрерывных усилий для ее сокрытия, поэтому раскрытие тайны и признание своих грехов ведет к облегчению душевного состояния, и появляются силы «жить дальше».

Подобно исповеди, стратегия «прошу прощения, говорю правду» предполагает необходимость неформального социального взаимодействия. Душевные конфликты устраняются быстрее и легче, если вызвавшее их событие переживается совместно с другим. Только в процессе доверительной беседы ребенок начинает понимать, что рядом есть близкий, разделяющий его страдания. Ведь эффективность исповеди определяется как снятием напряжения путем разделения ноши с другим, так и за счет переложения на этого другого части ответственности. Особенностью детей является и то, что такое взаимодействие при прощении не должно быть длительным. По существу, оно требует только самого факта признания «греха». Долгое, подробное обсуждение взрослым всех деталей неприятного события бывает для ребенка мучительным и не приносит ему такого облечения, как просто «признание и прощение». Кроме того, признание порождает зависимость от того, кто снимает боль и отпускает грехи, тем более, если он понимает свою власть и пользуется ею.

Неудивительно, что стратегия **«говорю с кем-нибудь»,** которую дети достаточно часто используют по собственной воле или вынужденно, попала

в число сред неэффективных. Поговорить позволительно, но только в тех случаях, когда этот разговор не сулит дополнительных неприятностей и душевных мучений. Вместе с тем, разговор не с реальным, а с воображаемым собеседником — Богом (стратегия **«молюсь»),** который тоже содержит в себе элементы признания — исповеди и прощения — и отпущения греха, как показали наши исследования, помогает детям, особенно девочкам, лучше. Всегда существует возможность проиграть такое воображаемое взаимодействие по нужному для себя сценарию, поэтому оно не содержит неприятных неожиданностей и приносит большее облегчение, чем разговор с реальным человеком, от которого зависит ребенок.

Обнимаю, прижимаю, глажу

Дети, так же как и взрослые, в трудной для себя ситуации вступают в социальное взаимодействие с родными и близкими. Однако это ~~ контакт, отличный от взаимодействия в рамках культуры взрослых. Еще не умея всесторонне обдумывать и рационализировать ситуацию, вступая в трудный для себя момент в отношение с другим лицом или объектом, ребенок старается отреагировать напряжение без слов, через прямой телесный контакт. Такой тесный физический, сенсорный и эмоциональный контакт, так называемые отношения привязанности, очень важен для детей. У маленького ребенка такое взаимодействие существует с самого рождения — с матерью. Мать — первая «психологическая защита» ребенка. Многочисленные исследования психологов показали, что у детей, разлученных в раннем возрасте с матерью даже на короткий срок, возникает депрессия и, как следствие, синдром недоразвитости. Причиной является обедненность эмоционального мира ребенка, недостаток общения и внимания, слабость внешних побудительных стимулов. Если мать не использует при общении с младенцем тесного физического контакта и поглаживаний, а также улыбок и похвалы, то у детей обнаруживается значительно больше поведенческих отклонений от нормы.

В свете сказанного неудивительно, что стратегия «обнимаю, прижимаю, глажу» оказалась в нашей выборке наиболее часто используемой и одной из наиболее эффективных. Иногда дети дополнительно поясняли, с кем конкретно они взаимодействуют таким образом: «обнимаю маму», «обнимаю бабушку». Вместе с тем, в рассказах детей 8-11 лет в качестве объектов, которых они «обнимали», «прижимали» и «гладили», чаще появляются не люди, а **животные.** Мамы и бабушки, которые могут обнять и успокоить, не всегда находятся рядом с детьми младшего школьного возраста, да и дети считают себя достаточно самостоятельными. Их возрастные «нормы» не позволяют обращаться к маме за помощью так часто, как это было в детстве. Если же выбирать между мягкой игрушкой («Я хочу мягкую игрушку, потому что она теплая. Я с ней сплю...») и животным, то предпочтение ребенок отдаст последнему — оно же «живое».

Это иллюстрирует рассказ мальчика Лени В., 9 лет: «У меня есть кот Дуся. Один раз мне надо было идти к зубному врачу пластинку примерять. Я пе-

реживал — немножко боялся, волновался. Вдруг скажут, что уже сейчас надо идти. Подошел к окну, Дуську позвал. Он мне всегда помогает. Я глажу и успокаиваюсь. Он мурлычет напевно. Когда живот болит — на живот ляжет и успокоит».

Животные не только обеспечивают возможность эффективного телесного контакта, но и «умеют сопереживать», «хранить тайну», «успокаивать». Они верные друзья и никогда не ругают ребенка, как это делают взрослые. Именно поэтому животные выступают в качестве своеобразных защитников и психотерапевтов для многих детей, особенно для девочек. Смерть, потеря и болезнь любимого животного — одно из самых частых травмирующих переживаний у младших школьников.

Смотрю телевизор, слушаю музыку

Для современного ребенка смотреть телевизор — значит самым простым и доступным способом отвлечься от проблем. Тем более что некоторые взрослые сами толкают ребенка к телевизору, чтобы не мешал и не надоедал. Другие, наоборот, не разрешают смотреть телевизор, особенно когда на экране просто что-то цветное мелькает. Однако для ребенка чего-то двигающегося под звуки ритмичной музыки бывает достаточно, чтобы на какое-то время забыться, не думать о неприятной ситуации и расслабиться.

Телепередачи выступают не только как эффективный отвлекающий и переключающий фактор. Герои фильмов и телепередач — это те «модели», на которые дети хотят быть похожими или не похожими, чьи качества или образы в целом примеряют и затем переносят на себя либо, напротив, отвергают (защита по типу имитации или идентификации).

Примером этого может служить рассказ «Любимый мультфильм» Алеши, ученика 3-го класса: «Мне нравится мультфильм „Приключения Гоши". Потому что он поучительный, веселый. Этот мультфильм поучителен тем, что в одной из его серий, например, Гоша наелся очень много конфет и у него заболел зуб. И ему пришлось пройти длинный путь к врачу-стоматологу. Я смотрю по телевизору этот мультфильм, и сам стараюсь не делать того, что делает его персонаж — Гоша».
Психолог: «А на кого из героев мультфильмов ты хотел бы походить?»
Алеша: «Я хотел бы быть похож на героя мультфильма „Кот Леопольд". Он умный и всегда знает, что делать».

Умение соотнести себя с героем мультфильма — очень важный этап в развитии самосознания ребенка. С одной стороны, когда ребенок сочувствует и сопереживает персонажу мультфильма, это рождает в его душе самые разные новые чувства: сострадание, желание быть добрым и мужественным, наказать обидчика, уверенность, что и ты можешь одержать победу и быть счастливым. С другой стороны, сравнение — это одна из тех логических операций, которая лежит в основе развития мышления ребенка. Осуществляя сравнение себя с персонажами мультфильмов, ребенок нередко приходит к осознанному выводу о том, в чем он их превосходит и к чему ему еще надо

стремиться. И это — важный шаг для дальнейшего использования интеллектуальных стратегий совладания с неприятными ситуациями.

Искренне сопереживая своим героям, проходя вместе с ними все перипетии сюжета, негодуя, радуясь и страдая, ребенок может даже пережить катарсис — состояние внутренней эмоциональной разрядки, очищения своей души, неосознаваемой переоценки всей своей системы ценностей и, как результат, — изменить свое отношение к своей проблеме. Последнее происходит не часто, поскольку у ребенка еще плохо развит механизм децентрации, ему трудно переживать за другого, а не за себя. Поэтому обычно сопереживание возможно в тех случаях, когда в фильмах присутствуют персонажи, максимально сходные с самим ребенком и его друзьями (дети и животные). При этом лучше, чтобы сначала герой фильма был слаб, а потом, несмотря на свою слабость, с помощью друзей побеждал. Классическим примером такого фильма может служить фильм Ролана Быкова «Внимание, черепаха!». Что произойдет в результате под влиянием телепередач — напрямую зависит от усилий взрослых и понимания ими того, в каких фильмах и героях нуждаются дети.

Мечтаю, представляю себе что-нибудь

Достаточно характерной, часто используемой и хорошо помогающей детям и подросткам является также стратегия «мечтаю, представляю себе что-нибудь», основанная на воображении. Приукрашивая себя и свою жизнь, повышая чувство собственной ценности и уверенности в себе, дети пытаются таким образом установить контроль над окружающим миром, снизить уровень внутренней напряженности и беспокойства, неуверенности в себе, улучшить настроение и самоутвердиться.

В основе этой стратегии лежит подсознательный механизм замещения (перевод действий в иной план — из реального мира в мир утешительной фантазии). Всякий раз, когда действительность разочаровывает и возникают тяжелые переживания, человек пытается вернуться в страну фантазий, где можно достичь того, чего он не может добиться в жизни. В воображении любая мечта — свершившийся факт: ничто не мешает быть где угодно и кем угодно. Уходя от пугающей действительности, погружаясь в мир грез и фантазий, и дети, и взрослые изживают имеющиеся у них страхи, чувствуя себя смелыми и независимыми.

Дети очень любят рисовать свои мечты и рассказывать о них взрослым. В мечтах очень ярко проявляется активность их личности. Это означает, что все действия, производимые ребенком в его мечтах, обусловлены **спецификой его внутренних состояний, наличием у самого ребенка цели.** Если внимательно выслушивать и анализировать их спонтанные, идущие изнутри мечты, можно легко войти в мир детской души и с помощью направленного диалога помочь ребенку лучше осознать свои, не всегда осознанные, влечения, страхи и установки. Приведенный ниже диалог психолога с ребенком показывает, как мечта помогает девочке преодолеть свои одиночество, страх и тревогу.

Ученица 2-го класса Оксана Л. сама выбрала для рисования тему «Я мечтаю» и составила по рисунку такой письменный рассказ: «На картине изображено, как мы с Настей едем в Африку. Мы хотим увидеть джунгли, кокосовую пальму и обезьянку».

Психолог: А зачем вам кокосовые пальмы и обезьянка?

Оксана: Кокосы мы будем есть, а с обезьянкой — играть и, может быть, заберем ее домой. У меня нет брата и сестры, она будет мне сестрой.

Психолог: Зачем тебе нужна сестра?

Оксана: Мне нужна сестра для того, чтобы было не скучно, когда никого нет дома, и чтобы вообще было весело. Когда никого нет дома, я чувствую себя очень одинокой и грустной. На душе у меня тревожно: вдруг что-нибудь случится с родителями. Я боюсь, что кто-то ворвется в дверь, в окно, и мне кажется, что вокруг меня летают духи.

Психолог: Так зачем же тебе нужна сестра или обезьянка?

Оксана: Когда я с кем-то, мне не страшно...

Таким образом, воображение у ребенка младшего школьного возраста очень часто выступает как деятельность, помогающая достичь терапевтического эффекта. Испытывая трудности в реальной жизни, воспринимая свою личную ситуацию как безысходную, ребенок может уйти в воображаемый мир, расслабиться, освободиться от напряжения. Вместе с тем, каким бы фантастичным по своему сюжету ни было воображение, оно всегда опирается на реальные факты социального пространства.

Приверженность детей тем или иным стратегиям копинг-поведения определяется их полом, возрастом, свойствами и типом личности. Выстраивая защитное поведение, каждый ребенок опирается на присущие ему личностные свойства, которые выступают как своеобразные «психологические орудия», используемые для защиты. Обусловливая расстройства приспособляемости в определенных жизненных ситуациях, эти свойства в то же время служат важным инструментом для снятия у ребенка чувства напряжения и беспокойства, к которому дети вначале автоматично, а затем менее и более осознанно прибегают. Например, сравнение детей разного пола показало, что мальчики в два раза чаще, чем девочки, обращаются к стратегии «борюсь, дерусь» и в полтора раза чаще — к стратегии «дразню кого-нибудь». Это соответствует литературным данным [Кон И. С, 1978; Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1980], согласно которым мужчины и женщины различаются по фактору социальной агрессии. Мальчики чаще девочек прибегают к стратегии «сплю», как к необходимому и эффективному способу восстановления физических сил. Девочки чаще мальчиков используют стратегии «обнимаю, прижимаю, глажу», «плачу, грущу», «молюсь», «говорю сама с собой». Это указывает на их большую потребность в тесной привязанности, в опоре на силу и мощь значимой фигуры, в эмоциональной разрядке через слезы и жалость к себе и другим, на трудности самораскрытия.

Мальчикам чаще, чем девочкам, помогала стратегия: «ем или пью». Энергообмен и энергозатраты у мужчин значительно выше, чем у женщин, поэтому они больше нуждаются в их восполнении. Достоверно чаще, чем мальчикам, девочкам помогали стратегии «молюсь», «обнимаю, прижимаю, глажу».

И, на уровне тенденции, — «говорю с кем-нибудь». Это показывает, что в трудную минуту женщины больше нуждаются в ком-то, «реальном или воображаемом», с кем они могут вступить в разные формы вербального и невербального взаимодействия.

Сравнение копинг-поведения у детей двух возрастных групп показало, что дети 7-9 лет чаще, чем дети 10-11 лет, переключаются на посторонние занятия: «гуляют, бегают, катаются на велосипеде» и «смотрят телевизор, слушают музыку». Старшие несколько чаще применяют способ «думаю об этом», то есть осмысливают и рационализируют ситуацию. Младшим детям эффективнее, чем старшим, помогают инфантильные стратегии «кусаю ногти», «борюсь, дерусь», «схожу с ума». А старшим — две другие стратегии «обнимаю, прижимаю, глажу» и «молюсь». Эти данные показывают, что природно обусловленные половые и возрастные особенности детей находят свое отражение в их защитном поведении.

Установлены связи копинг-стратегий с личностными свойствами детей. Выявлено, что дети напряженные, возбудимые, с низким самоконтролем склонны использовать стратегии: «дразню кого-нибудь», «схожу с ума», «бью, ломаю, швыряю». Стратегии эффективного отреагирования также характерны для школьников, склонных к риску, недобросовестных, с низким уровнем интеллекта.

Напротив, расслабленные, сдержанные и добросовестные младшие школьники, испытывая напряжение и беспокойство, склонны не возбуждаться, а, напротив, еще больше расслабляться, используя стратегию «стараюсь расслабиться, оставаться спокойным». Всем им, а также детям с высоким самоконтролем, такая стратегия помогает особенно хорошо. Еще они умеют справляться с внутренним дискомфортом посредством ухода в детскую работу, используя замещающие занятия («рисую, пишу, читаю», «гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде», «играю во что-нибудь», «мечтаю, представляю»).

Для тревожных ребят характерны четыре копинг-стратегий: «плачу, грущу», «молюсь», «говорю сам с собой», «ем или пью». Последняя позволяет им преодолеть напряжение и беспокойство особенно хорошо. Дети спокойные (с низкой тревожностью) в трудной ситуации не испытывают потребности в поддержке со стороны и поэтому используют стратегию совладания «остаюсь сам по себе, один».

Таким образом, в своем защитном поведении дети опираются на те свойства личности, которые для них характерны. При этом одни личностные качества базируются на врожденных свойствах темперамента. Другие — социально обусловлены. Независимо от своего происхождения, характерные для конкретного ребенка заострения свойств личности являются тем своеобразным «психологическим орудием», к которому дети вначале автоматично, а затем все более и более осознанно прибегают.

Постепенный отход от защитных поведенческих реакций и переход к более сложным и конструктивным копинг-стратегиям основан на осознании ребенком того, как он действует, формировании осознанных действий и, затем, на постепенном привыкании действовать по-новому, в соответствии с со-

циальными нормативами и ожиданиями. Работа специалистов, помогающих ребенку правильно сформировать копинг-поведение, способствует развитию его личности, повышению социальной приспособляемости, а также профилактике пограничных психических расстройств.

Исследование детского копинг-поведения в нашей стране еще только начинается. Приведенные данные позволяют наметить основные направления:

— исследование роли возрастно-половых и индивидуально-типологических свойств в становлении копинг-поведения у детей;

— сравнение копинг-поведения у здоровых и больных детей, в частности, при различных формах нервно-психической патологии;

— изучение влияния социума (семьи, школы, группы сверстников) на формирование конструктивных и неконструктивных стратегий совладающего поведения;

— разработка психологических методов воздействия, способствующих формированию адаптивных и изменению дезадаптивных копинг-стратегий у детей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА И ПСИХОТЕРАПИЯ

Психологическую защиту и копинг-поведение рассматривают как важнейшие формы адаптационных процессов и реагирования личности на стрессовые ситуации. Знание о механизмах их функционирования эффективно используется в рамках психологического консультирования, коррекции и терапии. Исследования показали, что индивидуальные репертуары защиты по мере развития личности могут трансформироваться в индивидуальные стили переживания травмирующих событий [Соколова Е. Т., Николаева В. В., 1995]. Тогда они выступают как часто повторяющиеся и постепенно отрабатываемые способы помощи себе, в которых какой-то из механизмов защиты берет на себя главенствующую роль.

Такие типичные репертуары приводят к субъективному ощущению ослабления конфликтов. Однако при отказе отдельных механизмов защиты может сформироваться болезнь — невроз. Принцип индивидуального подхода психотерапии состоит в том, чтобы подчеркнуть, развить и усилить те формы защиты, которые адекватны для данной личности, например, у истероида — вытеснение, у психастеника — рационализацию. При таком подходе коррекция состояния и поведения *не предполагает осознания структуры собственной защиты и возможных способов ее реконструкции,* что нередко естественно в ситуации работы с больными, возможности которых существенно ослаблены и искажены болезнью [Карвасарский Б. Д., 1980].

Второй подход заключается в оказании помощи личности в формировании полноценных стратегий совладания в трудных жизненных ситуациях на основе осознания структуры механизмов собственной психологической защиты

и обучения этим стратегиям, что более естественно в ситуации психопрофилактической работы с детьми, подростками и взрослыми.

Как ограничить влияние защитных барьеров, можно ли это сделать, и если можно, то в какой мере? Важным, но недостаточным условием для преодоления подсознательной защиты выступает *привлечение к ней внимания* и, как следствие, частичное осознание ранее скрытых проблем. Кроме того, необходимо не только их осознать, но также *отреагировать (вновь пережить)*. И, наконец, следует организовать новое направление «стока» их энергетического потенциала, в том числе за счет формирования адекватного копинг-поведения с учетом ресурсов личности и социальной среды.

Реализация этого подхода дает значительный стратегический эффект, демонстрируя отдаленное сохранение достигнутых навыков, однако требует высокого профессионализма психотерапевта, а также активности, целенаправленности и ответственности клиента. Она рассчитана на длительную и кропотливую работу — в течение месяцев и даже лет. Ее основная нацеленность — на повышение самооценки и развитие адекватного образа «Я» путем использования эффективных и социально одобряемых копинг-стратегий, позволяющих ребенку *самостоятельно справляться* с внутренним напряжением и беспокойством в трудных жизненных ситуациях.

Контрольные вопросы

1. Что понимают под психологической защитой?
2. Почему психологические защитные механизмы рассматривают в качестве процессов интрапсихической адаптации личности?
3. В чем состоит специфика психологической защиты у детей?
4. Как соотносятся понятия «психологическая защита» и «копинг-поведение»?
5. Проиллюстрируйте с помощью примеров связь копинг-стратегий с индивидуально-психологическими свойствами детей.

Список рекомендуемой литературы

1. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. - 480 с.
2. *Никольская И. М., Грановская Р. М.* Психологическая защита у детей. — СПб.: Речь. — 507 с.
3. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для врачей и психологов / Под ред. Л. И. Вассермана. — СПб.: НИИ им. В. М. Бехтерева, 1998. - 48 с.
4. *Романова Е. С, Гребенников Л. Р.* Механизмы психологической защиты. — Мытищи: Талант, 1996. — 144 с.
5. *Соколова Е. Т.* Самооценка и самосознание при аномалиях личности. — М.: Изд. МГУ, 1989. - 215 с.
6. *Фрейд А.* Психология «Я» и защитные механизмы. — М.: Педагогика-Пресса,-Ш с.



ПАТОЛОГИЗИРУЮЩЕЕ СЕМЕЙНОЕ ВОСПИТАНИЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Ранее в литературе были подробно рассмотрены такие виды отклонений в воспитании детей, как гипо- и гиперпротекция, эмоциональное отвержение. Психологическая методика для установления этих типов разработана впервые.

Рассмотрим особенности воспитания, учет которых наиболее важен при изучении этиологии непсихотических патологических нарушений поведения и отклонения личности детей и подростков. Одновременно дадим описание тех шкал опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), которые предназначены для диагностики типов патологизирующего воспитания [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1990].

Патологизирующее воспитание — это система осознанных и неосознаваемых воспитательных действий взрослых, вследствие которых создаются условия для хронической фрустрации ребенка и искажений его личностного и физического роста, приводящих в отдельных случаях к формированию либо нервно-психических, либо психосоматических расстройств.

К нормальному воспитанию, которое лучше называть адекватное воспитание, относят такое, при котором родители создают условия для полноценного физического, психологического и социального созревания детей.

Опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), разработанный В. Юстицкисом и модифицированный Э. Г. Эйдемиллером, предназначен для выявления различных видов патологизирующего семейного воспитания, общим для которых является эмоциональное отвержение различной степени и вида (см. приложение 2).

Если по АСВ не выявлен какой-либо тип воспитания, это значит, что воспитание в семье либо адекватное, либо родители обнаруживают установочное отношение к тестированию в силу разных причин.

УРОВЕНЬ ПРОТЕКЦИИ В ПРОЦЕССЕ ВОСПИТАНИЯ

Речь идет о том, сколько сил, внимания, времени уделяют родители при воспитании ребенка. Наблюдаются два уровня протекции: чрезмерная (гиперпротекция) и недостаточная (гипопротекция).

Гиперпротекция (шкала Г+). При гиперпротекции родители уделяют ребенку крайне много времени, сил и внимания, и воспитание его стало центральным делом их жизни. Типичные высказывания таких родителей использованы при разработке настоящей шкалы (см. приложение 1 — утверждения шкалы Г+ опросника АСВ).

Гипопротекция (шкала Г-). Ситуация, при которой ребенок или подросток оказывается на периферии внимания родителя, до него «не доходят руки», родителю «не до него». Ребенок часто выпадает у них из виду. За него берутся лишь время от времени, когда случается что-то серьезное.

СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ РЕБЕНКА

Речь идет о том, в какой мере деятельность родителей нацелена на удовлетворение потребностей ребенка как материально-бытовых (в питании, одежде, предметах развлечения), так и духовных — прежде всего в общении с родителями, в их любви и внимании. Данная черта семейного воспитания принципиально отличается от уровня протекции, поскольку характеризует не меру занятости родителей воспитанием ребенка, а степень удовлетворения его потребностей. Так называемое «спартанское воспитание» является примером высокого уровня протекции, поскольку родитель много занимается воспитанием, и низкого уровня удовлетворения потребностей ребенка.

В степени удовлетворения потребностей возможны два отклонения:

Потворствование (шкала У+). О потворствовании мы говорим в тех случаях, когда родители стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка или подростка. Они «балуют» его. Любое его желание для них — закон. Объясняя необходимость такого воспитания, родители приводят аргументы, являющиеся типичной рационализацией — «слабость ребенка», его исключительность, желание дать ему то, чего был сам лишен в свое время родителями, что ребенок растет без отца и т. д. Типичные высказывания приведены в шкале У+. При потворствовании родители бессознательно проецируют на детей свои ранее неудовлетворенные потребности и ищут способы заместительного удовлетворения их за счет воспитательных действий.

Игнорирование потребностей ребенка (шкала У-). Данный стиль воспитания противоположен потворствованию и характеризуется недостаточным стремлением родителя к удовлетворению потребностей ребенка. Чаще страдают при этом духовные потребности, особенно потребность в эмоциональном контакте, общении с родителем.

КОЛИЧЕСТВО И КАЧЕСТВО ТРЕБОВАНИЙ К РЕБЕНКУ В СЕМЬЕ

Требования к ребенку — неотъемлемая часть воспитательного процесса. Они выступают, во-первых, в виде обязанностей ребенка, то есть в тех заданиях, которые он выполняет — учеба, уход за собой, участие в организации быта, помощь другим членам семьи.

Во-вторых, это требования-запреты, устанавливающие, чего ребенок не должен делать.

Наконец, невыполнение требований ребенком может повлечь применение санкций со стороны родителей от мягкого осуждения до суровых наказаний.

Формы нарушений системы требований к ребенку различны, поэтому высказывания родителей, отражающие их, представлены в целом ряде шкал: Т+, Т-; З+, З-; С+, О .

Чрезмерность требований-обязанностей (шкала Т+). Именно это качество лежит в основе типа негармоничного воспитания «повышенная моральная ответственность». Требования к ребенку в этом случае очень велики, непомерны, не соответствуют его возможностям и не только не содействуют полноценному развитию его личности, но напротив, представляют риск психотравматизации.

Недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т—). В этом случае ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье. Данная особенность воспитания проявляется в высказываниях родителей о том, как трудно привлечь ребенка к какому-либо делу по дому.

Требования-запреты, то есть указания на то, что ребенку нельзя делать, определяют прежде всего степень самостоятельности его, возможность самому выбирать способ поведения. И здесь возможны две степени отклонения: чрезмерность и недостаточность требований-запретов.

Чрезмерность требований-запретов (шкала З+). Такой подход может лежать в основе типа негармонического воспитания «доминирующая гиперпротекция». В этой ситуации ребенку «все нельзя». Ему предъявляется огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность. У стеничных детей и подростков такое воспитание форсирует возникновение реакций оппозиции и эмансипации, у менее стеничных предопределяет развитие черт сенситивной и тревожно-мнительной (психастенической) акцентуаций. Типичные высказывания родителей отраясают их страх перед любыми проявлениями самостоятельности ребенка. Этот страх проявляется в резком преувеличении последствий, к которым может привести хотя бы незначительное нарушение запретов, а также в стремлении подавить самостоятельность мысли ребенка.

Недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала З—). В этом случае ребенку «все можно». Даже если и существуют какие-либо запреты, ребенок или подросток легко их нарушает, зная, что с него никто не спросит. Он сам определяет круг своих друзей, время еды, прогулок, свои занятия, время возвращения вечером, вопрос о курении и об употреблении спиртных напитков. Он ни за что не отчитывается перед родителями. Родители при этом не хотят или не могут установить какие-либо рамки в его поведении. Данное воспитание стимулирует развитие гипертимного типа личности у подростка и, особенно, неустойчивого типа.

Строгость и минимальность санкций (наказаний) за нарушение требований ребенком (шкалы С+ и С—).

Чрезмерность санкций С+, (тип воспитания «жестокое обращение»). Для этих родителей характерна приверженность к применению строгих наказаний, чрезмерное реагирование даже на незначительные нарушения поведения. Типичные высказывания родителей отражают их убеждение в полезности для детей и подростков максимальной строгости (см. шкалу С+).

Минимальность санкций (шкала С—). Эти родители предпочитают обходиться либо вовсе без наказаний, либо применяют их крайне редко. Они уповают на поощрения, сомневаются в результативности любых наказаний.

НЕУСТОЙЧИВОСТЬ СТИЛЯ ВОСПИТАНИЯ (ШКАЛА Н)

Под таким воспитанием мы понимаем резкую смену стиля приемов, представляющих собой переход от очень строгого к либеральному и затем, наоборот, переход от значительного внимания к ребенку к эмоциональному отвержению его родителями.

Неустойчивость стиля воспитания, по мнению К. Леонгарда, содействует формированию таких черт характера, как упрямство, склонность противостоять любому авторитету, и является нередкой ситуацией в семьях детей и подростков с отклонениями характера.

Родители, как правило, признают факт незначительных колебаний в воспитании ребенка, однако недооценивают размах и частоту этих колебаний.

Сочетание различных отклонений в воспитании. Возможно достаточно большое количество сочетаний перечисленных черт семейного воспитания. Однако особенно важное значение с точки зрения анализа причин отклонения характера, а также возникновения непсихотических психогенных нарушений поведения, неврозов и неврозоподобных состояний имеют следующие устойчивые сочетания (табл. 2).

Устойчивые сочетания различных черт воспитания представляют собой тип патологизирующего семейного воспитания. Классификация типов патологизирующего воспитания также дана в табл. 2.

Потворствующая гиперпротекция (сочетание черт, отраженных в шкалах Г+, У+, при Т-, З-, С-). Ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Этот тип воспитания содействует развитию демонстративных (истероидных) и гипертимных черт личности у подростка.

Доминирующая гиперпротекция (Г+, У+, Т±, З+, С±). Ребенок также в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, однако, в то же время, лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. У гипертимных подростков такие запреты усиливают реакцию эмансипации и обусловливают острые аффективные реакции экстрапунитивного типа. При тревожно-мнительном (психастеническом), сенситивном, астеническом типах акцентуаций личности доминирующая гиперпротекция усиливает астенические черты.

Повышенная моральная ответственность (Г+, У-, Т+). Этот тип воспитания характеризуется сочетанием высоких требований к ребенку с понижен-

Таблица 2

Диагностика типов патологизирующего семейного воспитания

Тип воспитания	**Выраженность черт воспитательного процесса**				
	Уровень протекции П (Г+, Г-)	Полнота удовлетворения потребностей У	Степень предъявления требований Т	Степень запретов З	Строгость санкций С
Потворствующая гиперпротекция	+	+	-	-	-
Доминирующая гиперпротекция	+	±	±	+	±
Повышенная моральная ответственность	+	—	+	±	±
Эмоциональное[1] отвержение	-	-	±	±	±
Жестокое обращение	-	-	±	±	+
Гипопротекция	-	-	-	-	±

ПРИМЕЧАНИЕ: + означает чрезмерную выраженность соответствующей черты воспитания; - недостаточную выраженность; ± означает, что при данном типе воспитания возможны как чрезмерность, так и недостаточность или невыраженность.

ным вниманием к его потребностям. Стимулирует развитие черт тревожно-мнительной (психастенической) акцентуации личности.

Эмоциональное отвержение (Г-, У-, Т±, 3±, С±). В крайнем варианте — это воспитание по типу «Золушки». В основе эмоционального отвержения лежит осознаваемое или, чаще, неосознаваемое отождествление родителями ребенка с какими-либо отрицательными моментами в собственной жизни. Ребенок в этой ситуации может ощущать себя помехой в жизни родителей, которые устанавливают в отношениях с ним большую дистанцию. Эмоциональное отвержение формирует **и** усиливает черты инертно-импульсивной (эпилептоидной) акцентуации личности и эпилептоидной психопатии, ведет к декомпенсации и формированию невротических расстройств у подростков с эмоционально-лабильной и стенической акцентуациями.

При жестоком обращении родителей с детьми (Г-, У-, Т±, 3±, С+) на первый план выходит эмоциональное отвержение, проявляющееся наказаниями в форме избиений и истязаний, лишением удовольствий, неудовлетворением их потребностей.

Гипопротекция (Г-, У-, Т-, 3-, С±). Ребенок предоставлен самому себе, родители не интересуются им и не контролируют его. Такое воспитание особенно неблагоприятно при акцентуациях гипертимного и неустойчивого типов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ОТКЛОНЕНИЙ Б СЕМЕЙНОМ ВОСПИТАНИИ

Причины негармоничного воспитания весьма различны. Порой это определенные обстоятельства в жизни семьи, мешающие наладить адекватное воспитание. В этом случае показаны разъяснительная-работа и рациональная психотерапия. Однако нередко основную роль в нарушении воспитательного процесса играют личностные особенности самих родителей.

Особую роль в практике врача-психотерапевта играют две группы причин.

Отклонения личности самих родителей

Акцентуации и расстройства личности нередко предопределяют определенные нарушения в воспитании. При неустойчивой акцентуации родитель чаще склонен проводить воспитание, характеризующееся гипопротекцией, пониженным удовлетворением потребностей ребенка, пониженным уровнем требований к нему. Инертно-импульсивная (эпилептоидная) акцентуация родителей чаще других обусловливает доминирование, жестокое обращение с ребенком. Стиль доминирования может также обуславливаться чертами тревожной мнительности. Демонстративно-гиперкомпенсаторная акцентуация личности и истероидное расстройство личности у родителей нередко предрасполагают к противоречивому типу воспитания: демонстрируемая забота и любовь к ребенку при зрителях и эмоциональное отвержение в отсутствие таковых [Эйдемиллер Э. Г., 1994].

Во всех случаях необходимо выявить отклонение личности родителей, убедиться в том, что именно оно играет решающую роль в возникновении нарушений в воспитании. Поэтому внимание врача-психотерапевта направляется на осознание родителями взаимосвязи между особенностями своих личностных характеристик, типом воспитания и нарушениями поведения у подростка или ребенка.

Психологические (личностные) проблемы родителей, решаемые за счет ребенка

В этом случае в основе негармоничного воспитания лежит какая-то личностная проблема, чаще всего носящая характер неосознаваемой проблемы, потребности. Родитель пытается разрешить ее (удовлетворить потребность) за счет воспитания ребенка. Попытки разъяснительной работы, уговоров изменить стиль воспитания оказываются неэффективными. Перед психологом и врачом-психотерапевтом встает трудная задача выявить психологическую проблему родителя, помочь ему осознать ее, преодолеть действие защитных механизмов, препятствующих такому осознанию.

Расширение сферы родительских чувств (шкала РРЧ). Обусловливаемое нарушение воспитания — повышенная протекция (потворствующая или доминирующая).

Данный источник нарушения воспитания возникает чаще всего тогда, когда супружеские отношения между родителями в силу каких-либо причин оказываются нарушенными: супруга нет — смерть, развод, либо отношения с ним не удовлетворяют родителя, играющего основную роль в воспитании (несоответствие характеров, эмоциональная холодность и др.). Нередко при этом мать, реже отец, сами того четко не осознавая, хотят, чтобы ребенок, а позже подросток стал для них чем-то большим, нежели просто ребенком. Родители хотят, чтобы он удовлетворил хотя бы часть потребностей, которые в обычной семье должны быть удовлетворены в психологических отношениях супругов — потребность во взаимной исключительной привязанности, частично — эротические потребности. Мать нередко отказывается от вполне реальной возможности повторного замужества. Появляется стремление отдать ребенку (подростку) — чаще противоположного пола — «все чувства», «всю любовь». В детстве стимулируется эротическое отношение к родителям — ревность, детская влюбленность. Когда ребенок достигает подросткового возраста, у родителя возникает страх перед самостоятельностью подростка. Появляется стремление удержать его с помощью потворствующей или доминирующей гиперпротекции.

Стремление к расширению сферы родительских чувств за счет включения эротических потребностей в отношениях матери и ребенка, как правило, ею не осознается. Эта психологическая установка проявляется косвенно, в частности, в высказываниях, что ей никто не нужен, кроме сына, и в характерном противопоставлении идеализированных ею собственных отношений с сыном, не удовлетворяющим ее отношениям с мужем. Иногда такие матери осознают свою ревность к подругам сына, хотя чаще они предъявляют ее в виде многочисленных придирок к ним.

Предпочтение в ребенке и подростке детских качеств (шкала ПДК). Обусловливаемое нарушение воспитания — потворствующая гиперпротекция. В этом случае у родителей наблюдается стремление игнорировать повзросление детей, стимулировать у них сохранение таких детских качеств, как непосредственность, наивность, игривость. Для таких родителей подросток все еще «маленький». Нередко они открыто признают, что маленькие дети вообще им нравятся больше, что с большими не так интересно. Страх или нежелание повзросления детей могут быть связаны с особенностями биографии самого родителя (он не имел младшего брата или сестру, на которых в свое время переместилась любовь родителей, в связи с чем свой старший возраст воспринимался как несчастье).

Рассматривая подростка, как «еще маленького», родители снижают уровень требований к нему, создавая потворствующую гиперпротекцию, тем самым стимулируя развитие психического инфантилизма.

Воспитательная неуверенность родителя (шкала ВН). Обусловливаемое нарушение воспитания — потворствующая гиперпротекция, либо просто пониженный уровень требований.

Воспитательную неуверенность родителя можно было бы назвать «слабым местом» личности родителя. В этом случае происходит перераспределение власти в семье между родителями и ребенком (подростком) в пользу последнего. Родитель идет «на поводу» у ребенка, уступает даже в тех вопросах, в которых уступать, по его же мнению, никак нельзя. Это происходит потому, что подросток сумел найти к своему родителю подход, нащупал его «слабое место» и добивается для себя в этой ситуации «минимум требований — максимум прав». Типичная комбинация в такой семье — бойкий, уверенный в себе подросток (ребенок), смело ставящий требования, и нерешительный, винящий себя во всех неудачах с ним, родитель.

В одних случаях «слабое место» обусловлено психастеническими чертами личности родителя. В других — определенную роль в формировании этой особенности могли сыграть отношения родителя с его собственными родителями. В определенных условиях дети, воспитанные требовательными, эгоцентричными родителями, став взрослыми, видят в своих детях ту же требовательность и эгоцентричность, испытывают по отношению к ним то же чувство «неоплатного должника», что испытывали ранее по отношению к собственным родителям. Характерная черта высказываний таких родителей — признание ими массы ошибок, совершенных в воспитании. Они боятся упрямства, сопротивления своих детей и находят довольно много поводов уступить им.

Фобия утраты ребенка (шкала ФУ). Обусловливаемое нарушение воспитания — потворствующая или доминирующая гиперпротекция. «Слабое место» — повышенная неуверенность, боязнь ошибиться, преувеличенные представления о «хрупкости» ребенка, его болезненности и т. д.

Один источник таких переживаний родителей коренится в истории появления ребенка на свет — его долго ждали, обращения к врачам-гинекологам ничего не давали, родился хрупким и болезненным, с большим трудом удалось его выходить и т. д.

Другой источник — перенесенные ребенком тяжелые заболевания, если они были длительными. Отношение родителей к ребенку или подростку формировалось под воздействием страха утраты его. Этот страх заставляет родителей тревожно прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и спешить удовлетворить их (потворствующая гиперпротекция), в других случаях — мелочно опекать его (доминирующая гиперпротекция).

В типичных высказываниях родителей отражена их ипохондрическая боязнь за ребенка: они находят у него множество болезненных проявлений, свежи воспоминания о прошлых, даже отдаленных по времени переживаниях по поводу здоровья подростка.

Неразвитость родительских чувств (шкала НРЧ). Обусловливаемые нарушения воспитания — гипопротекция, эмоциональное отвержение, жестокое обращение.

Адекватное воспитание детей и подростков возможно лишь тогда, когда родителями движут какие-либо достаточно сильные мотивы: чувство долга, симпатия, любовь к ребенку, потребность «реализовать себя» в детях, «продолжить себя».

Слабость, неразвитость родительских чувств нередко встречается у родителей подростков с отклонениями личностного развития. Однако это явление очень редко ими осознается, а еще реже признается как таковое. Внешне оно проявляется в нежелании иметь дело с ребенком (подростком), в плохой переносимости его общества, поверхностности интереса к его делам.

Причиной неразвитости родительских чувств может быть отвержение самого родителя в детстве его родителями, то, что он сам в свое время не испытал родительского тепла.

Другой причиной НРЧ могут быть личностные особенности родителя, например, выраженная шизоидность.

Замечено, что родительские чувства нередко значительно слабее развиты у очень молодых родителей, имея тенденцию усиливаться с возрастом (пример любящих бабушек и дедушек).

При относительно благоприятных условиях жизни семьи неразвитость родительских чувств обусловливает тип воспитания гипопротекция и, особенно, эмоциональное отвержение. При трудных, напряженных, конфликтных отношениях в семье на ребенка часто перекладывается значительная доля родительских обязанностей — тип воспитания «повышенная моральная ответственность», либо к нему возникает раздражительно-враждебное отношение.

Типичные высказывания родителей содержат жалобы на то, насколько утомительны родительские обязанности, сожаление, что эти обязанности отрывают их от чего-то более важного и интересного. Для женщин с неразвитым родительским чувством довольно характерны эмансипационные устремления и желание любым путем «устроить свою жизнь».

Проекция на ребенка (подростка) собственных нежелаемых качеств (шкала ПНК). Обусловливаемые нарушения воспитания — эмоциональное отвержение, жестокое обращение. Причиной такого воспитания нередко бывает то, что в ребенке родитель как бы видит черты характера, которые чувствует, но не признает в самом себе. Это могут быть: агрессивность, склонность к лени, влечение к алкоголю, те или иные склонности, негативизм, протестные реакции, несдержанность и т. д. Ведя борьбу с такими же, истинными или мнимыми, качествами ребенка, родитель (чаще всего, отец) извлекает из этого эмоциональную выгоду для себя. Борьба с нежелаемым качеством в ком-то другом помогает ему верить, что у него данного качества нет. Родители много и охотно говорят о своей непримиримой и постоянной борьбе с отрицательными чертами и слабостями ребенка, о мерах и наказаниях, которые они в связи с этим применяют. В высказываниях родителя сквозит неверие в ребенка, нередки инквизиторские интонации с характерным стремлением в любом поступке выявить «истинную», то есть плохую причину. В качестве таковой чаще всего выступают качества, с которыми родитель неосознаваемо борется.

Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (шкала ВК). Обусловливаемые нарушения воспитания — противоречивый тип воспитания — соединение потворствующей гиперпротекции одного родителя с отвержением либо доминирующей гиперпротекцией другого.

Конфликтность во взаимоотношениях между супругами нередкое явление, даже в относительно стабильных семьях. Нередко воспитание превращается в «поле битвы» конфликтующих родителей. Здесь они получают возможность наиболее открыто выражать недовольство друг другом, руководствуясь «заботой о благе ребенка». При этом разница во мнениях родителей чаще всего бывает диаметральной: один настаивает на весьма строгом воспитании с повышенными требованиями, запретами и санкциями, другой же родитель склонен «жалеть» ребенка, идти у него на поводу.

Характерное проявление вынесения конфликта — выражение недовольства воспитательными методами другого супруга. При этом легко обнаруживается, что каждого интересует не столько то, как воспитывать ребенка, сколько то, кто прав в воспитательных спорах. Шкала В К отражает типичные высказывания «строгой» стороны. Это связано с тем, что именно строгая сторона, как правило, является инициатором обращения к врачу или медицинскому психологу.

Сдвиг в установках родителя по отношению к ребенку в зависимости от его (ребенка) пола. Шкала предпочтения мужских качеств — ПМК и шкала предпочтения женских качеств — ПЖК.

Обусловливаемые нарушения воспитания — потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение.

Нередко отношение родителя к ребенку обусловливается не действительными особенностями ребенка, а такими чертами, которые родитель приписывает его полу, то есть «вообще мужчинам» или «вообще женщинам». Так, при наличии предпочтения женских качеств наблюдается неосознаваемое неприятие ребенка мужского пола. В таком случае приходится сталкиваться со стереотипными суждениями о мужчинах вообще: «Мужчины, в основном, грубы, неопрятны. Они легко поддаются животным побуждениям, агрессивны и чрезмерно сексуальны, склонны к алкоголизму. Любой же человек, будь то мужчина или женщина, должны стремиться к противоположным качествам — быть нежными, деликатными, опрятными, сдержанными в чувствах». Именно такие качества родитель с предпочтением женских качеств видит в женщинах. Примером проявления установки ПЖК может служить отец, видящий массу недостатков у сына и считающий, что таковы же и все его сверстники. В то же время этот отец «без ума» от младшей сестры мальчика, так как находит у нее одни достоинства. Под влиянием предпочтения женских качеств в отношении ребенка мужского пола в данном случае формируется тип воспитания «эмоциональное отвержение». Возможен противоположный перекос с выраженной антифеминистской установкой, пренебрежением к матери ребенка, его сестрам. В этих условиях по отношению к мальчику может сформироваться воспитание по типу «потворствующей гиперпротекции».

Правила пользования опросником АСВ

Перед тем, как родитель начинает заполнять опросник, необходимо создать атмосферу доверительного психологического контакта между ним и лицом, проводящим исследование. Родитель должен быть заинтересован

в правдивости собственных ответов. Каждый опрашиваемый получает текст опросника и бланк регистрации ответов. Проводящий исследования зачитывает находящуюся в начале опросника инструкцию, убеждается, что опрашиваемые ее правильно поняли. В процессе заполнения инструктирование или пояснения не допускаются.

Обработка результатов проводится следующим образом. На бланке регистрации ответов номера этих ответов расположены так, что номера, относящиеся к одной шкале, расположены в одной строке. Это дает возможность быстрого подсчета баллов по каждой шкале. Для этого нужно подсчитать число обведеннных номеров. За вертикальной чертой на бланке регистрации ответов указано диагностическое значение (ДЗ) для каждой шкалы. Если число баллов достигает или превышает ДЗ, то у обследуемого родителя диагностируется тот или иной тип воспитания. Буквы за вертикальной чертой — это применяемые в данном учебнике сокращенные названия шкал. Названия некоторых шкал подчеркнуты. Это значит, что к результату по горизонтальной строке (набранному числу баллов) надо прибавить результат по дополнительной шкале, находящейся в нижней части бланка, под горизонтальной чертой и обозначенной теми же буквами, что и основная.

Контрольные вопросы

1. Перечислите виды патологизирующего семейного воспитания.
2. Какие параметры семейного воспитания выявляются с помощью опросника АСВ?
3. Какие личностные установки родителей вызывают искажение в семейном воспитании детей и подростков?
4. Какие психологические проблемы возникают у детей в условиях воспитания по типу эмоционального отвержения?

Список рекомендуемой литературы

1. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 2001. - 656 с.
2. *Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. - СПб.: Речь, 2003. - 336 с.



МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ

КЛИНИЧЕСКИЙ МЕТОД

Основным методом исследования в психиатрии является клинический.

Клинический метод включает в себя беседу с пациентом, наблюдение за его поведением в различных социально-психологических ситуациях (во время беседы, в палате, на занятиях в школе, в столовой, на прогулке, в трудовой деятельности, в играх, на сеансах индивидуальной и групповой психотерапии, на свиданиях с родственниками и т. д.). К клиническому методу относятся также исследования соматического и неврологического статусов, а также биохимические и инструментальные методы исследования (исследование гормонального статуса, уровня катехоламинов, биохимические исследования сред организма — крови, ликвора и др. — рентгенографическое исследование, ЭЭГ, допплерография, ЯМРТ, компьютерная томография и т. д.). Кроме того, в клинический метод входят клинико-биографический и клинико-психотерапевтический.

Клинико-биографический метод

С помощью клинико-биографического метода (клинико-анамнестический по В. Н. Мясищеву и В. К. Мягер) удается сопоставить длинник развития расстройства и соотнести его со стадиями жизненного цикла семьи и действием как нормативных стрессоров (стрессоров развития), так и стихийных [Эйдемиллер Э. Г., 1976; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2001].

Клинико-биографический метод исследования основан на 2 принципах диагностики неврозов, сформулированных В. Н. Мясищевым (1961).

1-й принцип: позитивная диагностика. Данный принцип предполагает верификацию симптомов как невротических или соматоформных, выявление невротических конфликтов, типов психологических защит и копинг-стратегий, исследование преморбидных особенностей личности и ее системы отношений, самооценки, Я-концепции.

2-й принцип: негативная диагностика. Необходимо проводить дифференциальную диагностику с целью исключения различных форм шизофрении, маниакально-депрессивного психоза (аффективных психозов), расстройств личности, органического поражения и опухолей головного мозга.

Необходимо провести рентгенологическое, электроэнцефалографическое, биохимическое и другие исследования.

Важность проведения негативной диагностики подтверждается тем фактом, что в последние годы в США увеличилось количество судебных исков, предъявляемых психотерапевтам, которые не смогли диагностировать органические заболевания головного мозга, которые ими были квалифицированы как исключительно психогении.

Принципы позитивной и негативной диагностики с полным основанием могут быть использованы и при диагностике других классов нервно-психических расстройств.

Клинико-психотерапевтический метод

Клинико-психотерапевтический метод исследования является в своей основе методом включенного наблюдения психотерапевтом за поведением клиента в различных социально-психологических ситуациях, воспроизводимых в словесных описаниях или с помощью моделирования на сеансах психотерапии.

Беседа с ребенком или подростком является основным способом исследования, диагностики и коррекции внутри личностного пространства клиента, его психических переживаний, включая симптомы.

Цели клинической беседы:

1) определение диагноза или констатация факта его отсутствия;

2) определение психологического статуса клиента;

3) определение психосоциального (включая семейный) статуса клиента;

4) разработка плана терапии, включающего в себя различные методы биологической терапии и психосоциальных воздействий (психотерапия, лечебная педагогика, социальная работа).

Условия успешности проведения беседы.

1. Знание возрастных особенностей психологии детей и подростков.

2. Неподдельный интерес к внутреннему миру и аспектам поведения ребенка или подростка.

3. Владение образной и метафорической речью. Дети хорошо понимают взрослых, когда они используют метафоры и образы при формулировании вопросов и утверждений.

4. Детскому психиатру и детскому психотерапевту противопоказаны роли прокурора, учителя, родителя, которые своими оценочными суждениями внушают детям и подросткам страх и недоверие к миру взрослых.

5. Целью клинической беседы должен быть не только и не столько сбор информации, сколько расширение представлений клиента о себе как о живом человеке, об особенностях своего психологического функционирования. Врач-психиатр, психотерапевт задает ребенку или подростку вопросы двух типов: вопросы, которые можно назвать «обо мне» (имя, возраст, адрес, жалобы и т.д.) и вопросы, которые можно назвать «из меня» — с помощью которых не только исследуются симптомы, но и переживания клиента по их поводу, по поводу собственного поведения, места в окружающем мире и т.д. Отвечая на такие вопросы, клиент лучше распознает свои переживания, желания, возможности, представления, фантазии и приобретает шанс на их коррекцию.

6. Важнейшим условием успешности установления контакта с ребенком или подростком является наличие раппорта — присоединения, взаимопонимания, доверия и открытости. Врач в процессе своего профессионального становления должен научиться распознавать и контролировать свои эмоциональные состояния — распознавать и управлять своими эмоциями. Такие эмоциональные состояния врача, как равнодушие, злость, эротические переживания разрушают контакт с клиентом. С. Минухин (1974) разработал приемы «мимезиса» — подражания: врач говорит в том темпе речи, в кото-

ром говорит клиент, своими жестами и мимикой отражает таковые у клиента. Установлению контакта также способствует синхронизация врачом своего дыхания с дыханием клиента.

7. Установление конструктивной дистанции. Врач может обратиться к клиентам с такими словами: «Мой кабинет сейчас в вашем распоряжении, поставьте стулья и расположитесь так, чтобы вы почувствовали себя наиболее комфортно».Очень часто родители вербально или невербально побуждают ребенка сесть ближе к врачу, а сами располагаются с максимально возможным удалением от него. Такая рассадка указывает на высокий уровень тревоги у родителей и возможное переживание ими чувства вины в связи с наличием симптомов у ребенка или подростка. В случае симбиотических отношений ребенок и опекающий родитель сидят, тесно прижавшись друг к другу, и родитель старается отвечать на вопросы, обращенные к ребенку, вместо последнего. Рассадка клиентов в кабинете врача является естественным социометрическим экспериментом, наглядно демонстрирующим характер коммуникаций в семье.

8. Конфиденциальность беседы. Врач произносит слова: «В этом кабинете вы можете сказать все, что захотите, все сказанное вами останется здесь». Обязательным условием соблюдения конфиденциальности является отсутствие посторонних лиц в кабинете, отключение телефона, закрытая дверь на все время беседы.

9. Форма проведения беседы — с участием всех членов семьи, без ребенка, порознь каждый член семьи и т. д. — должна обеспечивать спокойствие и доверие всех пришедших на беседу членов семьи и других заинтересованных лиц, мнение по поводу проведения беседы должно быть обсуждено с каждым ее участником.

10. В кабинете врача-психиатра, психотерапевта нужно иметь разнообразные игрушки и игры, позволяющие устанавливать конструктивный контакт с ребенком или подростком. «Игровая деятельность является основной и ведущей деятельностью ребенка» [Эльконин Д. Б., 1970]. Наблюдая за спонтанной игрой и участвуя в совместной игре, врач получает возможность исследовать внутри- и межличностное пространство ребенка в гораздо большем объеме, нежели в речевом контакте, особенно если это касается детей, у которых есть проблемы с речевым самовыражением (мутизм, заикание, малый словарный запас, задержка речевого и психического развития, умственная отсталость, аутизм). Ребенок, рассказывая историю жизни игрушки, на самом деле описывает свои представления и фантазии по поводу собственной жизни и жизни членов семьи.

Пример. При проведении групповой психотерапии на одном из занятий всем участникам было предложено выбрать по одной игрушке из имевшихся в комнате. Одна из участниц выбрала грязную рваную игрушку — поросенка. Каждый участник группы рассказывал историю жизни игрушки. Когда очередь рассказывать дошла до участницы с игрушкой-поросенком, она рассказала историю одинокого, заброшенного, никому не нужного, некрасивого поросенка, а в конце рассказа произнесла слова: «Этот поросенок — я». За-

тем она попросила взять игрушку домой, выстирала ее, сшила ей новую одежду и нарисовала на голове глаза, улыбающийся рот. На очередном занятии она вернула игрушку со словами: «Пусть он станет таким — добрым и веселым».

11. Успешности проведения беседы способствует использование изобразительного творчества ребенка или подростка (рисунки, лепка и т. д.). Изобразительная деятельность детей отражает особенности их внутриличностного пространства, их видение себя и мира, взаимоотношений людей.

Пример. Девочка 13 лет, страдающая хроническим эрозивным гастродуоденитом и проходящая психотерапию, на встречу с профессором-консультантом принесла рисунок принцессы. Консультант попросил рассказать историю жизни принцессы. В рассказе звучала тема одиночества, недостатка любви, особенно со стороны отца. Девочка сказала, что принцесса выйдет замуж и родит 3 сыновей. Когда консультант задал вопрос: «Если у принцессы будет 3 сына, соотношение полов в ее семье будет 4:1?», она ответила утвердительно. Консультант высказал предположение, что 4-кратное превышение мужчин над женщинами является своеобразной гарантией мужской силы и значимости, и девочка с ним согласилась. В конце беседы она сказала, что «принцесса — это и есть я». Таким образом, диагностическая гипотеза, высказанная консультантом до беседы с девочкой, что в семье в супружеской подсистеме замерли отношения любви, отец дистанцирован от жены и дочери и что вследствие этого имеются искажения полоролевой идентификации дочери в виде переживаний неуверенности, страха и тревожности, получила подтверждение в рассказе девочки о рисунке.

При проведении клинической беседы важно соблюдать баланс эмоциональной поддержки и реконструктивных вмешательств [Минухин С, 1974]. Вопросы врача часто выполняют функцию реконструктивного вмешательства во внутриличностное пространство клиента — ребенка, подростка или взрослого. В беседе необходимо не только задавать вопросы «обо мне» и «из меня», но и просто обсуждать общие интересные для клиента темы (игры, кинофильмы, музыку, спорт и т. д.).

12. Умение слушать, слышать и возвращать услышанное клиенту с тем, чтобы он имел (редкую в обыденной жизни) возможность еще раз послушать свое послание и, возможно, снова задуматься о каких-то аспектах своего жизненного опыта и согласиться со сказанным им или что-то изменить в своих представлениях о себе, своих взаимоотношениях с окружающим миром.

Наблюдение за эмоционально-поведенческими реакциями клиента в различных ситуациях является активным процессом: наблюдатель является действующим лицом и оказывает сильное воздействие на клиента.

Цели наблюдения:

— установление соответствия вербальных и невербальных сообщений клиента в тех или иных ситуациях;

— оценка аутентичности (подлинности) и конгруэнтности (целостности) личности клиента в различных социально-психологических ситуациях;

— обнаружение физических проявлений психических расстройств (прислушивание или присматривание к чему-либо, особенности моторного пове-

дения — стереотипии, манерность, разговор с самим собой или с галлюцинаторными образами, формы общения с другими людьми и чувства, которые при этом демонстрирует клиент;

— соответствие моторного и эмоционального поведения клиента паспортному возрасту;

— выявление аспектов ролевого поведения клиента с родителями, сверстниками с целью установления соответствия их исполнения возрастным и социальным предписаниям (наример, ребенок в дисфункциональной семье может исполнять роли заместителя родителей, одного из супругов, ребенка более младшего возраста, диктатора-жертвы; ребенок, переживший насилие, в будущем может играть роль насильника);

— наблюдение за тем, в каких ситуациях и в присутствии каких лиц симптоматика имеет место или отсутствует.

Процедура наблюдения является составляющей частью метода диагностики — включенное наблюдение (см. подробнее в главе 14).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД

Этот метод исследования преследует цель качественной и количественной оценки психологического и психиатрического статуса клиента (более подробно психологический метод рассматривается в главе 6).

Психологический метод исследования является вспомогательным по отношению к клиническому.

Контрольные вопросы

1. Какие цели достигает клиническая беседа с ребенком и подростком?
2. Что помогает успешному проведению беседы?
3. Какие цели достигает наблюдение за клиентом?
4. Что такое клинико-психотерапевтический метод исследования?

Список рекомендуемой литературы

1. Справочник по психиатрии и психологии детского и подросткового возраста / Под ред. С. Ю. Циркина. — СПб.: Питер, 1999. — 752 с.
2. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 2001. - 656 с.



МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом психиатрии, как и любой другой клинической дисциплины, являются сложные патологические проявления, развивающиеся в течение болезни. При изучении патогенеза болезни клиницист постоянно сопоставляет результаты клинического наблюдения с данными лабораторных и экспериментальных методов исследования (электрофизиологического, биохимического, иммунобиологического, рентгенографического и др.). Одним из дополнительных методов диагностики является психологическое исследование психически больных детей.

Психологическую диагностику определяют как дисциплину о методах классификации и ранжирования людей по психологическим и психофизиологическим признакам. Обе указанные задачи включает диагностика в области клинической психологии [Личко А. Е., 1983]. Примером задачи на классификацию является определение типов акцентуации характера у подростков посредством ПДО — патохарактерологического диагностического опросника [Иванов Н. Я., Личко А. Е., 1992]. Примером решения задачи на ранжирование служит определение уровня интеллектуального развития с помощью детского адаптированного варианта методики Векслера или уровня тревожности ребенка на основе специального проективного теста тревожности Р. Тэммла, М. Дорки и В. Амена.

Психологическое исследование с помощью методов нейропсихологической и патопсихологической диагностики на основе качественного и количественного анализа результатов в ряде случаев помогает также выявлять те болезненные симптомы, которые нелегко обнаружить при обычном врачебном исследовании. Как правило, это определенные типы ошибок и варианты решений при выполнении заданий; кривые работоспособности, которые многократно наблюдались именно в психологических исследованиях при одном из дифференцируемых заболеваний и поэтому являются его характерными признаками. Например, у детей с резидуально-оргаиическими поражениями ЦНС на основе данных нейропсихологического исследования можно определить, с чем связана задержка психического развития ребенка: с общей интеллектуальной отсталостью или с локальным нарушением определенных форм гнозиса, праксиса и речи [Корнев А. Н., 1997]. Другой пример — некоторые тонкие нарушения мышления в начальной стадии шизофрении, которые нередко удается выявить только с помощью специально разработанных патопсихологических методик [Рубинштейн С. Я., 1998]. В этих случаях решается задача разделения «эффекта фона» и «эффекта очага», разделения обследованных на больных шизофренией и не страдающих этим заболеванием. Однако здесь следует подчеркнуть, что только на основании обнаруженных с помощью психологической диагностики патологических признаков такое разделение никогда не делается (то есть диагноз «шизофрении» не устанавливается). Выявленные в процессе психологической диаг-

ностики симптомы служат лишь одним из доводов в сложном клинико-диагностическом процессе, который осуществляется врачом-психиатром на основе целого комплекса определенных симптомов.

И, наконец, еще одной областью применения методов психологической диагностики в клинической и, в частности, психиатрической практике, является оценка эффективности фармаколечения, психотерапии и реабилитации. В этом случае важно правильно определить критерии, по которым можно судить об эффективности терапии и выбрать наименее трудоемкие методики, им адекватные. В этом особенно нуждается психотерапия, поскольку ее эффективность нередко бывает трудно выявить и, тем более, квантифицировать. Под влиянием психотерапии может измениться уровень самооценки, система отношений, социально-психологические свойства личности ребенка. Сущность задач на классификацию или ранжирование в этих случаях дополняется обязательной оценкой динамики психического состояния в сравнении с исходными данными (оценка «сдвига» в психическом состоянии).

МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Психологические методики

Психопатологические явления по традиции изучают методом наблюдения и расспроса больных. По сравнению с другими областями медицины в психиатрии методики расспроса и наблюдения являются значительно более изощренными, разработанными и совершенными. Вместе с тем, эти методы достаточно субъективны и не всегда позволяют не просто описать, а исследовать сущность и причины возникновения тех или иных болезненных симптомов. Поэтому в настоящее время при анализе патологии психики методы расспроса и наблюдения нередко дополняют экспериментом. От простого наблюдения экспериментальный метод отличается тем, что изучаемое явление специально создается и вызывается, многократно наблюдается и объективно регистрируется в специально созданных варьируемых условиях. Как указывает С. Я. Рубинштейн (1998), благодаря эксперименту причина явления отделяется от условий, в которых оно развивается. Определяются условия, ослабляющие или уничтожающие данное явление. Таким образом, становится возможным познание причин и закономерностей развития явления, то есть его сущности.

Один из принципов построения эксперимента, направленного на изучение психики больных, — это моделирование психической деятельности, обычно осуществляемой в игре, общении, познании. Моделирование состоит в том, что вычленяются основные психические акты и действия человека, а затем организуется их выполнение в искусственных условиях. В качестве моделей могут выступать анализ и синтез, выделение существенно-

го и отвлечение от несущественного, обобщение, классификация, концентрация и распределение внимания. Так, если одним из типичных познавательных актов учащихся является восприятие, запоминание и воспроизведение текста, то эксперимент заключается в том, что больному школьного возраста предлагают незнакомый текст, дают возможность его определенное число раз прочесть и спустя фиксированное время просят воспроизвести содержание.

Можно видеть, что экспериментальные задания строятся по типу общепринятых в медицине функциональных проб — пациенту предлагают осуществить определенную работу (ряд практических заданий или действий «в уме»), а затем тщательно регистрируют, каким способом он действовал, чем были вызваны его ошибки, каковы их типы.

Другим принципом построения психологического эксперимента является его направленность на качественный анализ психической деятельности больных. Для толкования экспериментальных данных важно не то, решена или не решена предложенная больному задача, какой процент экспериментальных заданий выполнен, а какой — нет. Основное внимание уделяют качественным показателям, которые говорят о способе выполнения заданий, типе и характере ошибок, об отношении больного к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора. Такие качественные показатели — важный диагностический критерий. Например, при выполнении методики «Классификация предметов» ошибки по типу конкретных ситуационных сочетаний при олигофрении встречались в 95% случаев, тогда как при шизофрении — только в 9% случаев [Зейгарник Б. В., 1976].

Третий принцип экспериментально-психологического исследования — точная и объективная регистрация фактов в протоколе исследования.

Традиционно экспериментально-психологические методики разделяют на патопсихологические и нейропсихологические. Патопсихологические методики используют с целью изучения закономерностей распада психической деятельности и свойств личности у душевнобольных в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме [Зейгарник Б. В., 1976]. Нейропсихологические методики направлены на изучение мозговых механизмов психической деятельности на основе диагностики локальных поражений головного мозга [Лурия А. Р., 1973]. Патопсихологические методики, как правило, включают в себя задания, направленные на исследование сенсомоторной сферы, внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы [Блейхер В. М., 1976, Рубинштейн С. Я., 1998]. Нейропсихологические методики в большей степени предназначены для диагностики высших психических функций: речи, чтения, письма, счета, тонких движений и действий, сложных форм восприятия [Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К., 1994, Вассерман Л. И. и соавт., 1997]. Понятно, что при исследовании психически больных детей, в зависимости от причины и течения заболевания, могут быть востребованы и те, и другие методики. Поэтому в качестве примеров представим описание нескольких наиболее известных методик пато- и нейропсихологии.

Классификация предметов

Классификация предметов — одна из основных методик патопсихологии, используемая для исследования детей и взрослых. Предложена К. Гольдштейном, модифицирована Л. С. Выготским и Б. В. Зейгарник. Применяется для изучения процессов обобщения и абстрагирования, но также дает возможность анализа последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий, особенностей памяти, объема и устойчивости внимания, личностных реакций больных на свои достижения и неудачи [Блейхер В. М., 1973; Рубинштейн С. Я., 1998].

Методика представляет колоду из 70 стандартных карточек, на которых изображены разнообразные предметы и живые существа. Это одежда, мебель, овощи, фрукты, дикие и домашние животные, птицы, орудия труда, люди разных профессий, ребенок и т. д.. При исследовании маленьких детей из набора можно исключить карточки, представляющие собой учебные пособия и измерительные приборы. Перед началом эксперимента психолог тщательно перетасовывает всю колоду и сверху выкладывает 6-7 карточек, облегчающих начало классификации (например, овца, стол, груша, коза, шкаф, лошадь, яблоко). Затем он подает всю колоду больному кверху рисунками и говорит: «Разложите эти карточки на столе — что к чему подходит». Если больной задает вопросы, как раскладывать, ему отвечают: «Начните работать и сами увидите, как надо».

В проведении опыта обычно выделяют три этапа. На первом этапе испытуемому предлагают произвольно разбить карточки на группы, дать короткие названия и объяснить, почему они лежат вместе. На втором просят укрупнить полученные группы, объединив их как-то между собой или рассортировав по-другому, чтобы групп стало меньше. Необходимо вновь дать названия и объяснения. Выделение обследуемым этих групп говорит об определенной сохранности у него процессов обобщения и абстрагирования.

На третьем этапе необходимо образовать более крупные группы растений, животных и предметов неживой природы. Это характеризует более высокую степень обобщения.

Ведение эксперимента тщательно протоколируется. Отмечаются все группировки — правильные и ошибочные. Экспериментатор может указать на допущенную ошибку. При этом важно отметить в протоколе отношение больного к допущенной ошибке. Нужно также регистрировать рассуждения больного в процессе выполнения задания, так как в них нередко содержатся мотивировки ошибочных суждений.

Глубокий сравнительный анализ нарушений мышления при разных психических заболеваниях с применением методики классификации проведен Б. В. Зейгарник (1962). У детей эта методика выявляет уровень обобщающего мышления ребенка, его способность устанавливать родо-видовые отношения между предметами и выделять их существенные, понятийные признаки, а не только опираться на наглядные признаки сходства или, меньше того — на конкретно-ситуативные связи между предметами [Чередникова Т. В., 1996].

Заучивание 10 слов

Эта методика — одна из наиболее часто применяемых как в патопсихологическом, так и в нейропсихологическом исследованиях (предложена А. Р. Лурия). Используется для оценки состояния памяти, активного внимания, утомляемости.

Перед началом опыта экспериментатор записывает в протокол ряд из 10 коротких (односложных и двусложных) слов. Например: лес, хлеб, окно, стул, вода, брат, конь, гриб, игла, мед, огонь. Слова нужно подбирать простые, разнообразные, не имеющие между собой связи. Инструкция: «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда кончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»

Психолог читает слова медленно, четко. Когда испытуемый называет слова, экспериментатор в своем протоколе ставит крестики против этих слов. Затем продолжает инструкцию: «Сейчас я снова прочту вам те же самые слова. И вы опять должны их повторить — и те, которые вы уже называли, и те, которые в первый раз пропустили — все вместе, в любом порядке».

Экспериментатор снова ставит крестики против названных испытуемым слов. Затем опыт повторяется 3, 4 и 5 раз. Если испытуемый назвал какие-то лишние слова, это тоже вносится в протокол.

Затем переходят к другим экспериментам, а в конце исследования, через 40-60 минут, психолог вновь спрашивает у испытуемого слова (без их повторного называния).

По количеству названных в каждой пробе слов строится кривая запоминания. Ее форма позволяет сделать некоторые выводы относительно особенностей запоминания испытуемых. У здоровых детей школьного возраста и у взрослых кривая запоминания носит примерно такой характер: 5,7,9 или 6, 8, 10. Таким образом, от повтора к повтору нарастает число заученных слов и к третьему повторению испытуемый воспроизводит уже 9 или 10 слов, а затем удерживается на этом уровне.

Характер кривой по типу «плато», «зигзага», резкого спуска вниз, наличие лишних слов при воспроизведении, «застревание» на ошибках могут указывать на плохую память, инактивность внимания, выраженную утомляемость, эмоциональную вялость или, напротив, расторможенность [Рубинштейн С. Я., 1998].

Корректурная проба

Методика заимствована из психологии труда (варианты пробы Бурдона, предложенной в 1895 г.). Применяется в пато- и нейропсихологии для исследования особенностей внимания (устойчивости, концентрации, распределения, колебаний), а также утомляемости и упражняемости.

Для проведения опыта необходимы специальные бланки, секундомер и карандаш. На бланках помещены ряды простых геометрических фигур, букв или цифр (рис. 12).

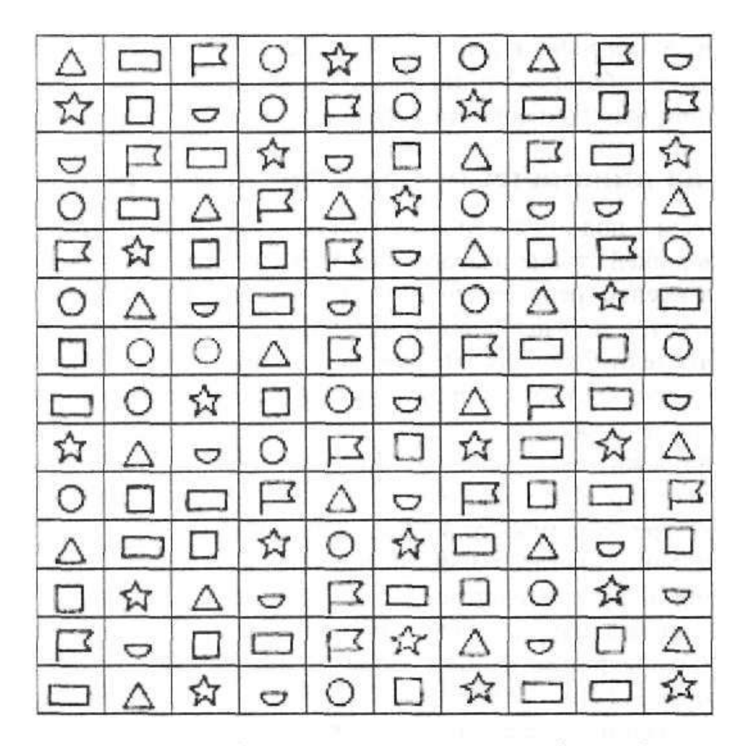


Рис. 12. Пример бланка корректурной пробы для детей.

Существуют разные способы выполнения корректурной пробы [Б лейхер В. М., 1973; Чередникова Т. В., 1996; Рубинштейн С. Я., 1998].

1-й способ. Испытуемый, просматривая в корректурной матрице каждую строку последовательно, слева направо, должен как можно скорее зачеркивать два каких-либо заданных элемента вертикальной чертой.

2-й способ. Испытуемый, просматривая в корректурной матрице каждую строку последовательно, слева направо, должен как можно скорее зачеркивать разными способами три каких-либо заданных элемента матрицы. Например: треугольник — поперечной чертой, круг — вертикальной чертой, звездочку — крестиком.

При обоих способах выполнения заданий экспериментатор фиксирует время выполнения всей работы. Через каждую минуту он также отмечает карандашом на бланке (предупредив об этом заранее испытуемого, чтобы не сбивать темп его работы) место текущего поиска заданных знаков. Таким образом, по окончании работы можно подсчитать ее продуктивность за каждую минуту (число просмотренных за каждую минуту знаков) и число ошибок (неправильно зачеркнутые знаки и пропуски).

По результатам работы составляется график продуктивности (кривая работоспособности). Если линия графика имеет тенденцию к некоторому повышению в конце работы, равномерную высоту линии в середине и небольшой спуск в начале — это нормальная кривая работоспособности с выраженным устойчивым периодом врабатываемости.

Если линия на графике имеет резкие колебания по всей длине или понижение в конце работы — это говорит о состоянии быстрой истощаемости и неблагополучии психофизического состояния испытуемого.

Проба на динамический праксис «кулак-ребро-ладонь»

Методические подходы к диагностике двигательных функций у детей и подростков в нашей стране разработаны Н. И. Озерецким.Нейропсихологическая проба «кулак-ребро-ладонь» А. Р. Лурия в модификации А. Н. Корнева используется для исследования моторики и сукцессивных функций у детей в возрасте от 6 лет. Ребенку необходимо воспроизвести серию из 9 движений, состоящую из трижды повторяющегося ряда трех движений ладони руки: «ладонь руки сжата в кулак», «кулак разжат, и ладонь поставлена на ребро», «рука лежит ладонью вниз». Если ребенок не справился с заданием, образец демонстрируется повторно до 5 раз. Оценивается по количеству воспроизведений, необходимых для правильного выполнения.

При поражении двигательных систем чаще страдает переключение с одного движения на другое в автоматизированном режиме: ребенок персеверирует или делает большие паузы между движениями. В случае модально неспецифического дефицита сукцессивных функций дети путают последовательность движений или пропускают некоторые из них. Избирательные трудности в этом задании характерны при наличии специфических трудностей в овладении школьными навыками (дислексии, дисграфий, дискалькулий).

Психодиагностические методики

Психодиагностические методики выявляют и измеряют индивидуально-психологические особенности личности с целью постановки психологического диагноза. Под диагнозом здесь понимается распознавание любого отклонения от нормального функционирования или развития и определение состояния конкретного объекта. Эти методики позволяют собрать диагностическую информацию в относительно короткие сроки. Они предоставляют информацию не вообще о человеке, а прицельно о тех или иных его особенностях. Дают информацию, позволяющую количественно и качественно сравнивать индивида с другими людьми. Эта информация полезна с точки зрения выбора средств психологического вмешательства и его эффективности, прогноза развития, прогноза деятельности.

К психодиагностическим относят тесты, опросники, проективные методики, некоторые диалогические техники и ряд других методик.

Тест — это стандартизированное, часто ограниченное во времени испытание, предназначенное для установления количественных и качественных индивидуально-психологических различий. При помощи тестов выявляют наличие или отсутствие каких-либо способностей, навыков, умений, качеств личности. В объективных тестах возможен правильный ответ (то есть правильное выполнение задания).

Тесты-опросники предполагают набор пунктов (вопросов, утверждений), относительно которых испытуемый выносит суждения (как правило, используется двух- или трехальтернативный выбор ответов). Одна и та же психологическая переменная представлена группой пунктов (не менее 6-7). Опросники строятся как одномерные или многомерные, включающие целый ряд переменных.

Проективные методики используют недостаточно структурированный материал (цвета, чернильные пятна, незавершенные предложения и пр.), выступающий в качестве стимула. При соответствующей организации исследования такие стимулы порождают когнитивные и эмоциональные процессы, в которых раскрываются те или иные индивидуально-типологические характеристики субъекта.

Диалогические техники учитывают, что психолог вступает в контакт с испытуемым и достигает наилучших диагностических результатов за счет специфических особенностей этого контакта, релевантных диагностической задаче. Особенно важен такой доверительный контакт при диагностике семейных затруднений, характера личностного развития ребенка и во многих других случаях, где специалист выступает в роли психотерапевта или консультанта. Диалогические техники могут быть вербальными (интервью, беседа) и невербальными (например, игра с ребенком).

В психологии существует серьезная система требований к психодиагностическим методикам. Это однозначно сформулированная цель, предмет и область применения методики; использование стандартных заданий и точной процедуры проведения, включая статистически обоснованные методы подсчета и стандартизации тестового балла (по статистическим или критериальным тестовым нормам); высокая надежность результатов; их согласованность с результатами других тестов; достаточно представительная выборка испытуемых, для которых получены нормативные показатели; отсутствие эффекта тренировки на результатах тестов (те задания, в которых можно добиться существенного улучшения результатов путем «натаскивания» — исключают из тестов) и другие. Психолог-пользователь обязан тщательно соблюдать все требования при проведения этих стандартных методик обследования. Он не имеет права отклоняться от стандарта в использовании методики, принятого на определенный период. Подсчет баллов, интерпретация, прогноз — все делается в строгом соответствии с методическими указаниями.

Рассмотрим примеры наиболее часто используемых в клинической практике психодиагностических методик.

Детский адаптированный вариант методики Векслера

П. Векслер определяет интеллект как обобщенную, глобальную способность индивида к целесообразному поведению, рациональному мышлению и эффективному взаимодействию с окружающим миром. Адаптированная к условиям нашей страны Векслеровская шкала интеллекта для детей WISC предназначена для изучения интеллектуального развития детей от 5 до 16 лет и состоит из 12 (6 вербальных и 6 невербальных) субтестов. Она использу-

ется для тестирования здоровых и больных детей, особенно для детей с разной степенью умственной отсталости.

I субтест — «Общая осведомленность» — направлен на изучение кругозора ребенка, запаса имеющихся у него самых общих сведений об окружающей действительности.

II субтест — «Понятливость» — состоит как бы из двух частей. Первые пять вопросов направлены на изучение способности ребенка к самостоятельному принятию решений. Ребенку предлагается ситуация, в которой он должен что-то предпринять, проявив собственную инициативу. Вопросы второй части направлены на изучение уровня знаний ребенком социальных норм и требований, его умения анализировать явления, вскрывать причины, лежащие в основе социальных норм и правил.

III субтест — «Арифметический» — направлен на изучение способности ребенка выполнять арифметические действия в уме, способности к устному счету, а также умения быстро ориентироваться в условиях задачи и находить правильное решение. Данный субтест имеет временные лимиты и проводится с использованием секундомера.

IV субтест — «Аналогии-сходство» — направлен на исследование способности ребенка к обобщению понятий, выделению наиболее существенных их признаков.

V субтест — «Словарь» — анализирует словарный запас ребенка. Отвечая на вопрос, ребенок должен объяснить, что означает то или иное слово, то есть дать определение понятия доступными ему средствами.

VI субтест — «Повторение цифр» — направлен на изучение кратковременной и оперативной памяти и требует достаточной степени концентрации произвольного внимания. Трудности при повторении цифр в обратном порядке могут указывать на пространственно-перцептивные нарушения.

Первые шесть субтестов составляют вербальную часть методики. Предварительные оценки через специальную шкалу переводятся в шкальные. Окончательная оценка субтеста зависит от возраста ребенка. Согласно требованиям теста, чем старше ребенок, тем больше заданий он должен выполнить. Задания внутри каждого субтеста возрастают по степени сложности, с учетом возрастных нормативов. На основании интегральной оценки за все шесть первых субтестов вычисляется вербальный интеллектуальный показатель (ВИП).

VII субтест — «Недостающие детали» — направлен на изучение наблюдательности ребенка, его зрительно-перцептивной памяти, а также умения выделять существенные признаки путем зрительного анализа. Субтест состоит из картинок, на которых изображены предметы с недорисованными деталями и частями. Ребенок должен указать, чего не хватает на данной картинке, причем ему не обязательно называть недостающую деталь, достаточно указать лишь ее место на рисунке. Субтест имеет временные лимиты (как и все остальные субтесты этой серии) и проводится с секундомером (рис. 13).

VIII субтест — «Последовательные картинки» — исследует способность детей устанавливать последовательность событий на основе анализа причинно-

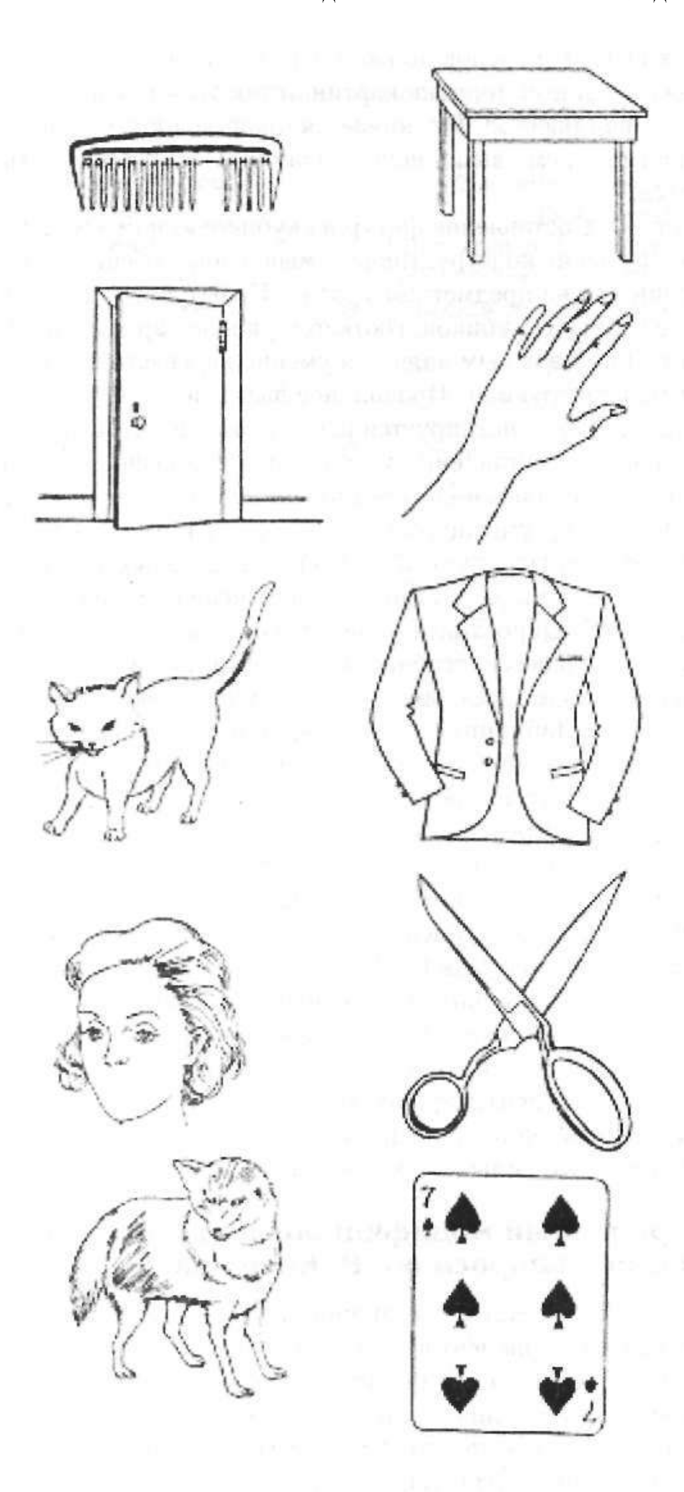


Рис. 13. Пример картинок к субтесту «Недостающие детали».

следственных связей. Ребенок должен как можно быстрее разложить представленные в случайном порядке картинки так, чтобы у него получился логически связанный рассказ. Оценивается правильность установленной последовательности и время выполнения задания. Составление устного рассказа не требуется.

IX субтест — «Составление фигур из кубиков», или «Кубики Кооса» — направлен на изучение конструктивного мышления ребенка, его способности к анализу и синтезу на предметном уровне. Испытуемый должен составлять определенные узоры из кубиков, соответствующие нарисованным на карточках образцам. Здесь важным является умение перенести элементы восприятия в элементы конструкции. Правильное выполнение первых трех заданий при необходимости демонстрируется испытуемым на кубиках. Оценка зависит от правильности составления узора и времени выполнения задания.

X субтест — «Складывание объектов» — изучает способность к синтезу на предметном уровне, умение составлять целое из отдельных частей, конструктивное мышление. Испытуемый должен из отдельных деталей сложить целую фигуру. Независимо от успешности выполнения, ему даются все задания.

XI субтест — «Кодирование» — исследует способность к распределению внимания, уровень работоспособности. Он представляет собой вариант корректурной пробы и имеет две формы — для детей моложе 8 лет и старше 8 лет.

XII субтест — «Лабиринт» — направлен на изучение зрительно-моторной координации, способности ребенка ориентироваться в пространстве.

Вторые шесть субтестов составляют невербальную часть методики. Предварительные оценки через возрастную шкалу переводятся в шкальные и на основе интегральной оценки за данные шесть субтестов вычисляется невербальный интеллектуальный показатель (НИП).

На основе интегральной оценки за все 12 субтестов вычисляется общий интеллектуальный показатель (ОИП).

Таким образом, в результате исследования получается 15 показателей: ВИП, НИП, ОИП и 12 показателей по каждому субтесту. Кроме того, строится и интерпретируется «профиль интеллекта», который служит как вспомогательное средство психиатрического диагноза, поскольку повреждения мозга, психические и эмоциональные нарушения могут задевать одни интеллектуальные функции больше, чем другие.

Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттелла

Согласно теории Р. Кеттелла, личность состоит из стабильных, устойчивых, взаимосвязанных элементов (свойств), которые определяют ее внутреннюю сущность и поведение. Различия в поведении людей объясняются различиями в выраженности личностных свойств. Предполагается, что порядок субъекта на шкале выраженности личностных свойств остается одним и тем же в разных ситуациях. При таком подходе в процессе тестирования личность соотносится с определенной системой координат, в рамках которой выраженность заранее заданных свойств измеряется.

Таблица 3

Описание личностных факторов, используемых в адаптированном варианте детского вопросника Р. Кеттелла

Низкие значения фактора (1–3 стена)		Высокие значения фактора (8–10 стенов)
Замкнутый, недоверчивый, обособленный, равнодушный	–A+	Открытый, доброжелательный, общительный, участливый
Низкая степень сформированности интеллектуальных функций, преобладание конкретных форм мышления, небольшой объем знаний	–B+	Высокая степень сформированности интеллектуальных функций, достаточное развитие абстрактных форм мышления, большой объем знаний
Неуверенный в себе, легко ранимый, неустойчивый	–C+	Уверенный в себе, спокойный, стабильный
Сдержанный, флегматичный, неторопливый	–D+	Легко возбудимый, реактивный, нетерпеливый
Послушный, зависимый, уступчивый, подчиненный	–E+	Доминирующий, независимый, напористый
Осторожный, благоразумный, рассудительный, серьезный	–F+	Склонный к риску, беспечный, храбрый, веселый
Недобросовестный, пренебрегающий обязанностями, безответственный	–G+	Добросовестный, исполнительный, ответственный
Робкий, застенчивый, чувствительный к угрозе	–H+	Социально смелый, непринужденный, решительный
Реалистичный, практичный, полагающийся на себя	–I+	Чувствительный, нежный, зависимый от других
Спокойный, безмятежный, оптимистичный	–O+	Тревожный, озабоченный, полный мрачных опасений
Низкий самоконтроль, плохое понимание социальных нормативов	–Q3+	Высокий самоконтроль, хорошее понимание социальных нормативов
Расслабленный, спокойный, невозмутимый	–Q4+	Напряженный, раздражительный, фрустрированный

Адаптированный Э. М. Александровской и И. Н. Гильяшевой вариант личностного вопросника Р. Кеттелла CPQ для детей 8-12 лет включает в себя 12 факторов или шкал, отражающих характеристики некоторых свойств личности. Каждый личностный фактор измеряется в стенах (единицах шкалы с минимальным значением в 1 балл, максимальным — 10 и средним — 5,5 балла) и характеризуется биполярно по крайним значении этого континуума. На эти биполярные содержания указывает значок + или -, стоящий рядом с буквами алфавита, обозначающими факторы.

В табл. 3 указан перечень факторов, используемых в детском варианте вопросника.

Вопросник разделен на две идентичные части по 60 вопросов, имеет две формы — для мальчиков и для девочек. Все 12 шкал содержат по 10 вопросов (5 в каждой части), значимый ответ на каждый из них оценивается в 1 балл. Сумма баллов по каждой шкале с помощью специальных таблиц

переводится в *стены.* Вопросы касаются различных сторон жизни ребенка: взаимоотношений с одноклассниками, отношений в семье, поведения на уроке, на улице, социальных установок, самооценки. К каждому вопросу дается два ответа на выбор. Например: «У тебя много друзей — не очень много», «Ты возражаешь иногда своей маме — ты ее побаиваешься». И только к вопросам фактора В (уровень интеллектуального развития) дается три варианта ответов. Например: «Больше всего общего с «ЛЬДОМ», «ПАРОМ» и «СНЕГОМ» имеют «ВОДА» или «БУРЯ» или «ЗИМА».

По данным авторов адаптации, эта методика обладает широкими дифференцирующими возможностями, позволяет адекватно судить о возрастных и половых особенностях детей, оценивать их эмоциональные и поведенческие отклонения, разрабатывать коррекционные мероприятия. На ее основе с помощью специальной математической процедуры можно также определить варианты формирования типа личности младших школьников и дать прогноз их дизадаптации [Александровская Э. М., 1993, Никольская И. М., Грановская Р. М., 2000].

Для испытуемых от 12 до 16 лет предназначен личностный опросник Р. Кеттела для подростков HSPQ. Он представляет собой систему из 14 факторов и содержит 142 вопроса, каждый из которых имеет три варианта ответа, из которых нужно выбрать один [Рукавишников А. А., СоколоваМ. В., 1995].

Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО) А. Е. Личко - И. Я. Иванова

Метод получил широкое распространение в нашей стране, предназначен для определения в возрасте 14-18 лет типов акцентуаций характера и психопатий, а также сопряженных с ними личностных особенностей (выраженности реакции эмансипации, психологической склонности к алкоголизации, делинквентности и пр.). С помощью данного метода также могут быть выявлены признаки, указывающие на риск формирования расстройства личности (психопатии), депрессии и социальной дезадаптации.

ПДО, созданный в 1970 г., был первым в СССР оригинальным опросником, прошедшим процедуру установления валидности и надежности. И хотя опытные данные не всегда подтверждали заявленную авторами надежность, особенно при исследовании подростков женского пола, интерес к опроснику не ослабевает [Агеева И. А., 1990; Эйдемиллер Э. Г., 1992].

Опросник создан на основании многочисленных описаний типов патологических характеров. Он включает в себя 25 таблиц — наборов фраз, отражающих разные типы отношения к ряду жизненных проблем, актуальных в подростковом возрасте. В их число входит оценка собственных витальных функций (самочувствие, настроение, сон, аппетит, сексуальное влечение), отношение к окружению (родителям, друзьям, незнакомым) и к некоторым абстрактным категориям (к правилам, законам, опеке, наставлениям, критике). В каждом наборе от 10 до 19 предлагаемых ответов. В качестве примеров таких фраз, определяющих отношение к одиночеству, можно привести

	Г	Ц	Л	А	С	П	Ш	Э	И	Н	К	О	Д	Т	В	Е	d	М	Ф
15									+										
14									X										
13									X										
12									X										
11									X										
10									X	X									
9									X	X									
8			+						X	X									
7	X		X					X	X	X									
6	X		X					X	X	X									
5	X		X	X			+	X	X	X							X		
4	X	X	X	X			X	X	X	X						X	X		
3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X			X	X	X	X
2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		X	X	X	X	X
1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Рис. 14. График к опроснику ПДО.
Диагностирован истероидиый тип акцентуации характера (И=15), отмечена склонность к нонконформизму (К=1) и делииквентности (d=5).

следующие: «В одиночестве я чувствую себя спокойно», «Периодами мне лучше среди людей, периодами я предпочитаю одиночество», «Я не переношу одиночество и всегда стараюсь быть среди людей».

С помощью ПДО могут быть диагностированы гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический, сенситивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидныи, истерический, неустойчивый, конформный типы акцентуаций характера, а также смешанные, промежуточные и амальгамные типы.

С испытуемым проводится два исследования. В первом из них предлагается в каждой таблице выбрать не более трех наиболее подходящих ответов и записать их в регистрационном листе 1, а во втором — в тех же таблицах выбрать не более трех неподходящих, отвергаемых ответов и поставить соответствующие номера в регистрационном листе 2. Результаты обследования определяются с помощью кода шкалы объективной оценки и откладываются на специальном графике, на основании которого затем выносится заключение о диагностике определенного типа (рис. 14).

По данным авторов опросника, тип акцентуации указывает на слабые места характера и позволяет предвидеть факторы риска дизадаптации. Акцентуация характера выступает как важный фактор преморбидного фона при эндогенных психических заболеваниях и как предрасполагающий фактор при реактивных нервно-психическиъх расстройствах. С типом акцентуации не-

обходимо считаться при разработке психотерапевтических и реабилитационных программ для подростков, в процессе коррекции семейных отношений, при выработке медико-педагогических рекомендаций.

В связи с тем, что ПДО не был приспособлен для изучения степени отклонения характера (уровня психопатизации подростка), на его основе Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис (1999) разработали специальную шкалу «РА» для различения у подростков акцентуаций и психопатий гипертимного, эпилептоидного, неустойчивого и истероидного типов.

Методика «Цветовой тест отношений»

Цветовой тест отношений (ЦТО) — это компактный невербальный диагностический метод, отражающий сознательные и частично неосознаваемые уровни отношений человека. Методической основой теста является цветоассоциативный эксперимент. Цветовая сенсорика весьма тесно связана с эмоциональной жизнью личности. Автор ЦТО, А. М. Эткинд (1987), предположил, что существенные характеристики невербальных компонентов отношений к значимым другим людям и самому себе отражаются в цветовых ассоциациях к ним.

В ЦТО используется набор цветов из 8-цветового теста М. Люшера [Собчик Л. Н., 1990]. Это стандартные карточки серого, синего, зеленого, красного, желтого, фиолетового, коричневого и черного цветов. Каждый цвет имеет определенное эмоционально-психологическое значение. Психолог на основе взаимодействия с ребенком и/или членами его семьи составляет список лиц, представляющий его непосредственное окружение, а также список понятий, имеющих для него существенное значение. Для детей список понятий примерно таков: моя мать, отец, брат (сестра), бабушка (дедушка), учительница (воспитательница), моя кошка (собака), друг, я сам, каким я хочу стать, мое настроение в детском саду (в школе), настроение дома и т. д.

Затем перед испытуемым на белом фоне в случайном порядке раскладываются цветовые карточки и дается инструкция: «Подберите к каждому из людей и понятий, которые я буду зачитывать, подходящие цвета. Выбранные цвета могут повторяться». В случае возникновения вопросов экспериментатор разъясняет, что цвета должны подбираться в соответствии с характером людей, а не по их внешнему виду (например, цвету одежды).

После завершения ассоциативной процедуры цвета ранжируются испытуемым в порядке предпочтения, начиная с того цвета, который «нравится больше всего», «приятен» и кончая самым «некрасивым», «неприятным».

Показано, что дети, начиная с 3-4 лет, дают цветовые ассоциации легко, с удовольствием принимая задачу тестирования как интересную игровую ситуацию. Это касается даже аутичных детей. Чем выше уровень эмоциональной привлекательсти, близости, симпатии в отношении ребенка к тому или иному человеку, тем с более предпочитаемым цветом он ассоциируется. Отвергаемый человек ассоциируется с отвергаемыми цветами. При этом диагностически значимым является не только ранг цвета, но также его значение. Так, ассоциация с красным обычно указывает на доминантность отца или актив-

ную, импульсивную мать. Ассоциация с зеленым говорит о достаточно жестких отношениях в семье и может быть признаком родительской гиперопеки. Ассоциация с серым свидетельствует о непонимании и отгороженности ребенка от отца и матери.

Интересные результаты дает анализ цветового самообозначения ребенка — того цвета, с которым он ассоциирует самого себя. Чем более привлекателен этот цвет в цветовой раскладке, тем выше уверенность ребенка в себе, его самоуважение. Совпадение цветов, с которыми ребенок ассоциирует сам себя и одного из родителей, говорит о сильной связи с ним, значимости процесса идентификации.

Во многих случаях **ЦТО** является единственной методикой, пригодной для применения в условиях детской психодиагностики, которая позволяет выявить наиболее «горячие точки» внутрисемейных и межличностных отношений, осознанно или неосознанно скрываемые. **ЦТО** не способны выполнить лишь больные, недоступные контакту, либо характеризующиеся выраженным интеллектуальным снижением.

Рисунок семьи

Психодиагностические рисуночные тесты, относясь к классу проективных, дают человеку возможность самому проецировать реальность и по своему интерпретировать ее [Романова Е. С, Потемкина О. Ф., 1991; Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М., 1999; Берне Р. С, Кауфман С. Х., 2000; Маховер **К., 2000].** Полученный результат в значительной мере несет на себе отпечаток личности, ее настроения, состояния, чувств, особенностей представлений, отношений. Тест «Рисунок семьи», широко используемый в детской психодиагностике, предназначен для выявления особенностей внутрисемейных отношений. На основе выполнения изображения, ответов ребенка на вопросы психолога, он позволяет оценить особенности восприятия и переживания ребенком отношений в семье.

Для работы используют лист белой бумаги 15x20 см или 21x29 см, ручку, карандаш, ластик. Допустимо использовать различные варианты инструкций.

1. «Нарисуй свою семью». В этом случае не рекомендуется объяснять, что означает слово «семья», а если возникают вопросы, следует лишь еще раз повторить инструкцию.
2. «Нарисуй свою семью, где все заняты обычным делом».
3. «Нарисуй свою семью, как ты ее себе представляешь».
4. «Нарисуй свою семью, где каждый член представлен в виде фантастического (несуществующего) существа».
5. «Нарисуй свою семью в виде метафоры, некоего образа, символа, который выражает особенности вашей семьи».

При индивидуальной диагностике в протоколе следует отмечать последовательность рисования деталей, паузы более 15 секунд, стирание деталей, спонтанные комментарии ребенка, эмоциональные реакции и их связь с изображенным содержанием.

После выполнения задания обычно задаются следующие вопросы: «Скажи, кто тут нарисован?», «Где они находятся?», «Что они делают?», «Им весело или скучно? Почему?», «О чем они думают?» и т. д.

При опросе психолог должен пытаться выяснить смысл нарисованного ребенком: чувства к отдельным членам семьи, что заставило ребенка не нарисовать кого-то из членов семьи (если так произошло). Прямых вопросов при этом следует избегать, на ответах не настаивать, так как это может вызвать тревогу и спровоцировать защитные реакции.

Для интерпретации надо знать возраст ребенка, состав его семьи, возраст братьев и сестер, если возможно, иметь сведения о поведении ребенка в семье, детском саду или школе.

На основании рисунков можно определить:

1. Степень изобразительной культуры, стадию изобразительной деятельности, на которой находится ребенок. Рисунки можно разделить, обращая внимание на примитивность изображения или, напротив, на четкость и выразительность образов, изящество линий, эмоциональную выразительность.

2. Особенности состояния ребенка во время рисования. Наличие сильной штриховки, маленькие размеры часто говорят о неблагоприятном физическом состоянии, напряженности, скованности. Напротив, большие размеры, применение ярких цветовых оттенком часто говорят об обратном: хорошем расположении духа, раскованности, отсутствии напряженности и утомления.

3. Особенности внутрисемейных отношений и эмоционального самочувствия в семье можно определить по степени выраженности положительных эмоций у членов семьи, степени их близости (стоят рядом, взялись за руки, делают что-то вместе или, наоборот, стоят далеко друг от друга, отвернулись друг от друга, у них сильно выражены отрицательные эмоции) (рис. 15 а, б; 16).

При интерпретации рисунков всегда следует обращать внимание на те случаи, когда ребенок рисует семью больше или меньше, чем она есть на самом деле (например, нарисован папа, которого нет или, напротив, не изображен старший брат).



Рис. 15, а. «Моя семья»-. Выполнен мальчиком 8 лет, учеником 1-го класса. Диагноз: резидуально-органическое поражение головного мозга, гипертензионный синдром. Живет в неполной семье с мамой и бабушкой. Папа ушел из семьи, когда ребенку было 5 лет. На рисунке мама и бабушка отсутствуют.

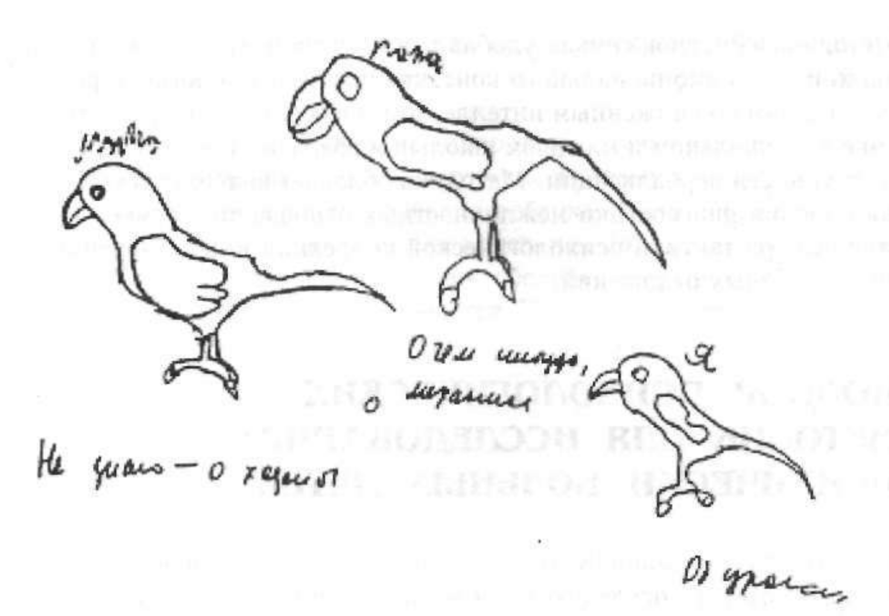


Рис. 15, б. «Моя семья». Выполнен мальчиком 13 лет, учеником 8-го класса. Диагноз: астеноневротический синдром. Живет в полной семье с авторитарной мамой и мягким, пассивным отцом. На рисунке четко прослеживается доминирующая роль матери.



Рис. 16. «Моя семья». Выполнен мальчиком 15 лет, учеником 9-го класса. Диагноз: невротическая депрессия, вегетососудистая дистония по гипотоническому типу. Живет с мамой, отчимом и младшим братом от второго брака матери. Автор на рисунке отсутствует.

Методика «Рисунок семьи» удобна в применении, способствует установлению хорошего эмоционального контакта между психологом и ребенком, доступна детям со сниженным интеллектом. Особенно продуктивно ее применение в дошкольном и младшем школьном возрасте, когда нередко имеют место трудности вербализации. Методика обладает значимостью не только с точки зрения диагностики межличностных отношений в семье, но также в плане выбора тактики психологической коррекции и психотерапии нарушенных семейных отношений.

ПОДБОР ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

На вооружении клинической психологии находится множество методик, с помощью которых исследуются особенности познавательных процессов, эмоциональной сферы и личностно-типологических свойств психически больных детей. При выборе методик исследования обычно руководствуются несколькими принципами [Блейхер В. М., 1976]. Первый — это подбор такого сочетания методик, который позволяет более полно и всесторонне исследовать важные с диагностической точки зрения проявления психической деятельности. Так, при исследовании памяти употребляются пробы на запоминание словесного и образного материала, пробы на кратковременную память и отсроченное воспроизведение, оценку непосредственной и оперативной памяти [Никольская И. М., Бардиер Г. Л., 1996]. Во-вторых, необходимо, чтобы сочетание близких по направленности методик позволяло судить о достоверности, надежности полученных результатов. В связи с этим желательно, чтобы данные, полученные в клинико-психологическом исследовании с помощью одной методики, можно было подтвердить результатами, полученными с помощью других методик. Например, высокий уровень тревожности у ребенка, выявленный с помощью адаптированного модифицированного варианта детского личностного вопросника Р. Кеттелла, может быть подтвержден на основе анализа его проективных рисунков [Романова Е. С, Потемкина О. Ф., 1991].

В выборе методик психологического исследования существенную роль могут также сыграть следующие обстоятельства.

1. Цель исследования (дифференциальная диагностика, определение структуры и степени психических нарушений, изучение эффективности терапии). Так, предполагая шизофренический процесс, необходимо использовать методики, позволяющие выявить характерные для шизофрении расстройства психики: искажение операции обобщения, разноплановость и некритичность мышления, эмоциональную отгороженность. При исследовании больного эпилепсией важное значение будут иметь методики по исследованию структуры и степени интеллектуально-мнестических расстройств. Для мно-

гократных исследований в ходе лечения выбираются методики, имеющие количественные показатели и содержащие два или более равных по трудности варианта заданий.

2. Возраст ребенка. В каждом конкретном случае выбор методик должен соответствовать так называемому «умственному возрасту» или коэффициенту интеллектуального развития ребенка. Целесообразно использовать те задания, которые доступны не менее, чем 75% детей предыдущей (по отношению к «умственному возрасту» обследуемого) возрастной группе. Например, если с заданием справляются 75% детей 6 лет, то использовать его уместно для детей 7 лет и старше. Так, специально адаптированный А. Ю. Панасюком к условиям нашей страны детский вариант методики Векслера предназначен для исследования интеллектуального развития детей от 5 до 16 лет. Если необходимо исследовать детей более младшего возраста, целесообразно использовать шкалу интеллекта Станфорд-Бине [АнастазиА„ 1982].

3. Особенности контакта с больным. Нередко специалисту приходится исследовать больных с нарушением зрения, слуха или высших психических функций — речи, чтения, письма. В этих случаях также необходим специальный подбор методик для исследования. При глухоте максимально используются задания на зрительное восприятие, при плохом зрении — задания на слуховое восприятие. Если речь идет о дислексии — избирательном нарушении способности к усвоению навыков чтения при сохранных функциях слухового и зрительного анализаторов и достаточном уровне умственного развития — необходимо исключить те методики, задания которых представлены в письменной форме.

Психиатр-практик на узком участке работы, для решения определенных задач имеет право использовать самые простые психологические методики, которые применимы непосредственно в отделении. Однако перед этим он должен проконсультироваться с клиническим психологом относительно адекватности избранных методик, ознакомиться с соответствующей литературой и изучить технику проведения исследования. Более сложные методики психологического исследования применяют не практикующие психиатры, а специально подготовленные клинические психологи (среди них могут быть врачи, которые прошли переподготовку по психологии и сделали ее своей профессией). Психологическое исследование психически больных детей не только требует специальных знаний, но также само по себе является очень трудоемкой и кропотливой работой. Психолог обязательно знакомится с историей болезни больного, проводит с ним (и нередко с его родственниками) ознакомительную беседу для установления контакта и сбора психологического анамнеза. Психологическое исследование обычно является двукратным (а в некоторых, особенно сложных случаях, его приходится повторять 3-4 раза). Выбор методик для исследования является гибким, нередко их состав меняется прямо по ходу исследования больного, что диктует не только необходимость владения большим количеством методик, но также творческого подхода к исследованию. Затем психолог

проводит анализ полученных данных и составляет по ним заключение. Это может отнять от 2 до 3 часов. Следует также учесть, что на исследование отправляют самых сложных больных. Поэтому практика показывает, что совмещать лечебную работу и психологическую диагностику обычно не представляется возможным [Рубинштейн С. Я., 1998].

В то же время, знания о методиках психологического исследования психически больных детей дают возможность психиатру более точно сформулировать психологу цели исследования. Это позволяет выбрать наиболее адекватные методики и получить более достоверные с клинической точки зрения результаты, так как данные, полученные при использовании различных методов, более полно характеризуют особенности психической деятельности больного ребенка и в ряде случаев подтверждают друг друга.

Контрольные вопросы

1. В чем состоит предмет психологической диагностики в применении к клинической практике?
2. Чем отличается метод психологического исследования психически больных людей от методов расспроса (беседы) и наблюдения?
3. Перечислите принципы построения психологического эксперимента и раскройте их содержание.
4. Что изучают с помощью патопсихологических и неиропсихологических методов исследования? Приведите примеры патопсихологических неиропсихологических методик.
5. Какие группы методик относят к психодиагностическим?

Список рекомендуемой литературы

1. *Апастази А.* Психологическое тестирование. — Т. 1. — М.: Педагогика, 1982. - 320 с.
2. *Ъурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психодиагностике. - СПб.: Питер, 1999. - 528 с.
3. *Корпев А. Н.* Применение неиропсихологических методов исследования у детей // Вассерман Л. И., Дорофеева С. А., Меерсон Я. А. Методы нейропсихологической диагностики. — СПб.: Стройлеспечать, 1997. — С. 232-274.
4. Практикум по возрастной психологии / Под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. - СПб.: Речь, 2001. - 688 с.
5. *Романова Е. С.* Графические методы в практической психологии. — СПб.: Речь, 2001.
6. *Рубинштейн С. Я.* Экспериментальные методики патопсихологии. — СПб.: Ленато, 1998. - 168 с.



МНОГООСЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

На течение психических заболеваний в детском и подростковом возрасте влияет множество факторов: наследственность; закономерности течения заболевания; ход индивидуального развития (рост, созревание, индивидуализация, формирование, обучение); возраст и пол; системные влияния (психотерапия и другие виды помощи); «случайные события» (жизненные события, факторы окружающей среды); факторы риска; защитные факторы самого ребенка и его окружения. Под защитными факторами понимают влияния, способные задержать, смягчить или предотвратить проявление заболевания, причем их действие не обязательно сопровождается положительными или радостными переживаниями. Они могут различным образом взаимодействовать: суммироваться, взаимно усиливаться, взаимоисключаться или дополнять друг друга.

Классификация болезней необходима для практических и исследовательских целей. Кроме общеизвестной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) существует и многоосевая схема классификации психических болезней детского и подросткового возраста (MAS), разработанная специально для детской и подростковой психиатрии группой детских психиатров в сотрудничестве с ВОЗ. Она включает в себя шесть осей, или измерений: *клинический психиатрический синдром* (1-я ось), *нарушения развития* (2-я ось), *уровень интеллекта* (3-я ось), *физические болезни и нарушения* (4-я ось), *аномальные психосоциальные условия* (5-я ось), *степень тяжести имеющихся нарушений* (6-я ось).

Категории 1-й оси охватывают нозологические формы, описанные в МКБ-10 под шифрами F0-F5, также F9; категории 2-й оси F80-F83, а также F6; категории 3-й оси частично расположены в рубрике F7; категории 4-й оси расположены в разделах А-Е и G-Y МКБ-10.

Параллельно с МКБ-10 ВОЗ предложила схему патосоциальных влияний, обозначенную как 5-я ось многоосевой классификации. В ней группа 1-4 отражает внутрисемейные отношения; 5, 7 и 8 — особенности микросоциального окружения; 6-я группа включает острые стрессовые события, а 9-я группа — факторы, связанные с психическим расстройством [Schmidt M., 1993].

Психосоциальные влияния (5-я ось)

/. Нарушенные внутрисемейные отношения.

1.1 Недостаток тепла во взаимоотношениях родителей и детей.

1.2 Дисгармония между взрослыми в семье.

1.3 Враждебное отношение к ребенку.

1.4 Телесные наказания.

1.5 Сексуальные злоупотребления (инцест).

2. Психические расстройства, отклоняющееся поведение или препятствия нормальному развитию ребенка в семье.

2.1 Психическое расстройство или отклоняющееся поведение одного из родителей.

2.2 Препятствие нормальному развитию ребенка со стороны одного из родителей.

2.3 Препятствие нормальному развитию ребенка со стороны братьев или сестер.

3. Неадекватные или искаженные внутрисемейные коммуникации.

4. Неадекватные условия воспитания.

4.1 Гиперпротекция.

4.2 Недостаточный родительский надзор и управление.

4.3 Воспитание, не формирующее опыт у ребенка.

4.4 Несоответствующие требования и запреты родителей.

5. Отклоняющееся микросоциальное окружение.

5.1 Воспитание в интернате.

5.2 Длительный конфликт между родителями.

5.3 Изолированная семья.

5.4 Условия жизни с возможными психосоциальыми вредностями.

6. Острые, отягощающие жизненные события.

6.1 Потеря любви.

6.2 Стресс вследствие помещения в чужую семью. •

6.3 Стресс вследствие появления нового члена семьи.

6.4 События, приводящие к понижению самооценки.

6.5 Сексуальные злоупотребления вне семьи.

6.6 Другие, вызывающие беспокойство и стресс события.

7. Отягощающие факторы микросоциальъного окружения.

7.1 Дискриминация одного из членов семьи.

7.2 Миграция или эмиграция семьи.

8. Хронические иитерперсональиые трудности коммуникации в школе или на работе.

8.1 Конфликтные отношения с одноклассниками или коллегами.

8.2 Роль «козла отпущения».

8.3 Хронический стресс в школе или на работе.

9. Отягчающие обстоятельства вследствие психических отклонений у детей.

9.1 Воспитание в интернате вследствие психического расстройства.

9.2 Нарушения поведения вследствие помещения в незнакомую среду.

9.3 Другие обстоятельства, приводящие к снижению самооценки.

Многоосевой код

1. Клинический психиатрический диагноз.
2. Нарушения развития.
3. Уровень интеллекта.
4. Физические болезни и нарушения.
5. Аномальные психосоциальные условия.
6. Степень тяжести имеющихся нарушений.

Определение степени тяжести расстройства позволило в рамках многоосевой классификации (6-я ось) создать глобальный оценочный код (табл. 4).

6-ю ось можно использовать и как критерий эффективности любой терапии.

Таблица 4

Шкала общей оценки тяжести состояния у детей и подростков

Баллы	Параметры
10	Оптимальное функционирование во всех областях
9	Хорошее функционирование во всех областях
8	Не более чем легкая дисфункция дома, в школе или в контактах с ровесниками
7	Сложности в одной области, но в общем достаточно успешное функционирование
6	Переменное функционирование со спорадическими трудностями или симптомами во многих, но не во всех областях
5	Среднее снижение функционирования в нескольких социальных областях или сильное западение функции в одной области
4	Сильное снижение функционирования во многих областях и неспособность функционировать в какой-то одной области
3	Неспособность функционировать почти во всех областях
2	Нуждается в значительной заботе
1	Нуждается в постоянной заботе

Преимущества многосевого подхода при диагностике расстройств личности (психопатий) подчеркивает Ю. В. Попов (1995). Это дает возможность оценить тяжесть расстройств, особенности их внешних проявлений: например, синдромы делинквентного, суицидального, аддиктивного поведения, сверхценных интересов и увлечений, сексуальных девиаций и др., динамику расстройств, степень социальной адаптации, наметить психологические «мишени» для психотерапии и психопрофилактики.

К примеру, рациональное и эффективное лечение пациентов с аддиктивными расстройствами должно начинаться с тщательного анализа проблемы и использования многоосевого подхода. Последний учитывает следующие моменты: наличие и природу аддиктивного расстройства, тип используемого вещества, тяжесть злоупотребления и текущий статус злоупотребления; представленность и природу других диагнозов на 1-й оси, их тяжесть, продолжительность и текущий статус; наличие и природу любого личностного расстройства на 2-й оси; наличие, природу и тяжесть медицинских проблем, непосредственно связанных с злоупотреблениями психоактивными веществами, например, гепатит или ВИЧ-инфекция; социальные проблемы, такие как бедность, безработица, бездомность, семейные конфликты, непосредственно связанные со злоупотреблением наркотиками или психическим расстройством (другие оси).

Многофакторный подход к диагностике психических болезней особенно важен именно для детской и подростковой психиатрии. Учет помимо клинического психиатрического синдрома, который используется в классификации МКБ-10, еще пяти параметров и прежде всего психосоциальных влияний, отражаемых на 5-й оси, дает возможность оценить наличие психиатрического синдрома в контексте микросоциальных условий, что необходимо учитывать при проведении психотерапии и психопрофилактических мероприятий.

Пример. Использование многоосевого психиатрического диагноза при проведении психотерапии у клиента поликлиники.

Илья П., 10 лет.

Жалобы на частые колющие и ноющие боли в животе, после каждого приема пищи, ежедневно, длительностью 5-20 минут. Боли локализуются в околопупочной области. Несколько чаще боли возникают после употребления молока, сладостей, рыбы, кислых яблок, хлеба. Купируются в положении лежа, без лекарств. Аппетит сохранен, даже повышен, клиент не выдерживает трехчасового промежутка между приемами пищи. Периодически отмечает вздутие, урчание в животе, метеоризм. Стул в настоящее время через день, оформленный, коричневого цвета, без примесей. Во время занятий в музыкальной школе боли отсутствуют.

Со слов матери, отмечаются особенности характера и поведения: болезненное самолюбие, обидчивость, вспышки агрессивного поведения. Снижение интереса к урокам, трудности в засыпании (до 1 часа), страх темноты, эпизоды ночного энуреза.

Наследственность отягощена различными психосоматическими заболеваниями по линии матери и отца.

Мальчик от второй беременности (1-й ребенок — недоношенный мертворожденный, пороки развития, в том числе анэнцефалия. Мать обследована в генетическом центре и женской консультации — причина не выяснена). Данная беременность протекала с токсикозом I половины, на фоне хронического пиелонефрита (длительная фебрильная температура, стационарное лечение, курс антибиотиков). Роды вторые — срочные (39-40 недель) с родостимуляцией. Родился с массой 3650 г, длина 53 см. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар — 8-9 баллов. Приложен к груди в 1-е сутки, сосал вяло. Выписан на 6-й день с невосстановленной масой — 3550 г.

В первые недели жизни мать отмечала беспокойство, срыгивания, опрелости в складках. Посев кала в декабре 1988 г. (1 месяц) — значительный рост золотистого стафилокка. Получал лактобактерин, калган. Грудное вскармливание — до 2 недель, затем — на искусственном вскармливании. Фразовая речь с 3 лет, примерно в это же время стал очень подвижным. «Расторможенность» уменьшилась к 5 годам.

До 3 лет семья жила в деревне, мальчик наблюдался врачом нерегулярно, не обследовался, не лечился, прививки не проводились. В 3 года после посещения детского сада — частые простудные заболевания, повторные двусторонние отиты, фарингиты, аденоидиты (получал несколько курсов ампициллина, бисептола, симптоматических средств. С этого же возраста отмечаются эпизоды ночного энуреза (до нескольких раз в неделю).

В 6 лет появились боли в животе, рвота без подъема температуры тела. Обследован в дневном стационаре.

Диагноз: дискинезия желчевыводящих путей на фоне деформации желчного пузыря. Получал диету, ферменты, желчегонные травы.

В 6,5 лет мальчик поставлен на учет к эндокринологу с диагнозом: группа риска по сахарному диабету. Гиперплазия щитовидной железы II степени, эутиреоз.

Воспитанием ребенка больше занимается мать, она строго следит за соблюдением режима дня и питания. Мальчик находится на домашнем обучении (с матерью), большого интереса к учебе не проявляет, быстро отвлекается, утомляется, хотя успеваемость отличная. Помимо учебы занимается музыкой (ви-

олончель, фортепиано, сольфеджио). Со сверстниками общается мало, гуляет редко, утром встает в 9 часов, ложится в 21 час, но засыпает через 1 час, бывают кошмарные сновидения. В полночь мать будит его в туалет, и затем он засыпает до утра.

Анамнез болезни. В октябре 1996 г. (8 лет) отмечен подъем температуры до 39 °С, рвота 3 раза, частый жидкий стул (до 20 раз) со слизью, комочками. Бакпосевы кала — отрицательные, в копрограмме — колитический синдром.

Диагноз: острый гастроэнтероколит. Получал фталазол — 7 дней, полимиксин — 5 дней, ферменты, травы, флорадофилус. Через две недели от начала заболевания консультирован инфекционистом по поводу субфебрилитета, болей в животе. Поставлен *диагноз:* иерсиниоз, кишечная форма. Назначен левомицетин. После 1-го дня приема препарата появилась аллергическая сыпь, левомицетин отменен и проведен курс лечения гентамицином 10 дней.

В мае 1997 г. (через 6 месяцев) возобновление и учащение болей в животе, вздутие, метеоризм, подъем температуры до 37,6 "С. Стул нормальный. РНГА с антигеном иерсинии — отрицательная. Через неделю появилась мелкопятнистая и мелкопапулезная сыпь на лице, туловище, конечностях, возникли боли в области голеностопных и тазобедренных суставов при ходьбе, температура субфебрильная, нарушений стула нет. Объективно: живот болезненный в правой подвздошной области, пальпируются мезентериальные лимфоузлы. В анализах крови: легкая нормохромная анемия. Кровь на реакцию Гофф-Бауера —отрицательная. Повторно РНГА с антигеном иерсении — все титры отрицательные. Выставлен *диагноз:* иерсиниоз, абдоминальная, экзантемная, суставная форма. Лечение: левомицетин 14 дней, бактисубтил, курс вобэнзима, симптоматические средства (активированный уголь, смекта, желудочные капли, витамины).

В сентябре 1997 г. обследован по поводу сохраняющегося субфебрилитета и болей в животе. Основной диагноз: хронический аденоидит. Сопутствующий: вазомоторный ринит. Хронический гастродуоденит (гиперпластический гастрит, единичная острая эрозия пилорического отдела).

В октябре 1997 г. проведена ВКК, оформлено обучение на дому.

В ноябре 1997 г. консультирован *неврологом:* Резидуально-органическая энцефалопатия. Астеноневротический синдром, пароксизмальные расстройства сна, родовая травма шейного отдела позвоночника, миотонический синдром. Энурез (недостаточность сегментов S_3-S_5).

С этого времени (с декабря 1997 г.) ребенок обследуется и наблюдается в городском диагностическом центре, получая рекомендации и лечение от различных специалистов. Участковым педиатром и гастроэнтерологом поликлиники в 1998 г. не наблюдался. Рекомендована диета с исключением легкоусвояемых углеводов. Ежегодно — нарушение толерантности к глюкозе, гликемия натощак — в норме. В январе 1999 г. ребенок находился на строжайшей гипоаллергенной диете, под жестким контролем со стороны мамы.

В связи с обнаружением при очередном обследовании в ГДЦ отклонений в иммунограмме и непонятностью клинических симптомов рекомендовано провести консилиум на кафедре педиатрии.

Результаты консилиума. Вторичное НДС с недостаточностью Т-клеточного звена и фагоцитарной системы. Хронический эрозивный гастродуоденит смешанной этиологии (ассоциированный с Helicobacter pylori, аллергический) с повышенной кислотообразующей функцией, стадия обострения. Панкреатит (реактивный, аллергический). Нарушение толерантности к глюкозе.

Дискинсзия желудочно-кишечного тракта (дискинезия желчевыводящих путей, кишечника). Синдром кишечного дисбактериоза. Атонический дерматит, стадия субремиссии. Нестабильность шейного отдела позвоночника (C_2_$C_ч$). Синдром внутричерепной гипертензии. Миотонический синдром, периферическая цервикальная недостаточность. Аномалия развития пояснично-крестцового отдела позвоночника (лестничная деформация L_5—S_r, нестабильность крестца). Ночной энурез.

Поводом к приглашению психотерапевта послужил рисунок ребенка, где все члены семьи нарисованы в разных углах, лицо мальчика отвернуто от родителей.

Клинико-психотерапевтическое заключение описываемого случая построено с использованием вышеописанных диагностических осей.

Данных за наследственную отягощенность психическими заболеваниями нет. Отец по профессии военный, по характеру замкнутый, скрытый, мало эмоциональный. Он подвергся воздействию ионизирующешго облучения на практике на IV курсе. Отец ребенка получил назначение в Санкт-Петербург, когда мальчику было 4 года. Два года жили в коммунальной квартире. Перед тем как пациент пошел в школу, семье дали отдельную квартиру. Отец скоро должен быть сокращен на службе.

Мать имеет образование фельдшера, по характеру тревожная и обидчивая. Тема обиды (аутоагрессии) звучит в трех поколениях. Мать до сих пор обижена на бабушку, так как та мало уделяла ей внимания. Семья изолирована от других родственников закрытыми внешними границами. Рождение мертвого ребенка способствовало тому, что у матери была сформирована установка «фобия утраты», вследствие чего она воспитывала Илью в условиях гиперпротекции. Мать, оставив работу, сосредоточила свое внимание на здоровье сына, ее вовлеченнность в симптоматику ребенка порой носит сверхценный характер.

Когда ребенок был маленьким, отец не хотел им заниматься, так как у него существовала иррациональная установка, что «ребенок до 7 лет мамин». Матери удалось заставить отца «любить» сына. Перед тем как мальчик пошел в школу, у отца появилась любовница. Вскоре отец вернулся в семью, но «женщина» мужа не посчитала, что роман закончен, звонила в семью, иногда мальчик брал трубку, слышал молчание. Сам ребенок внешне не придавал большого значения этому событию. Мать «виноватила» отца через ребенка. В семье нарушены границы, коммуникации, отношения между членами семьи «инфантильно-обидчивые» .

Клиент обнаруживает несколько генетических стигм: деформированный желчный пузырь, множественные дефекты костей позвоночника.

У.ребенка нет близких друзей, нет образцов для построения альтернативных образцов поведения. Соматические и психосоматические расстройства, обильный прием медикаментов, ограничение ребенка в физической активности и в пище также создали слабое физическое «Я».

Мальчик демонстрирует признаки пассивно-агрессивного поведения, имеет место школьная и социальная дезадаптация. Симптоматика в виде регресса на оральную стадию носит характер психологической защиты от повзросления. Ресурс личности: симптомы отсутствуют во время занятий в музыкальной школе.

Заключение. Сочетание биологических, психологических и социальных факторов, в том числе многочисленные обследования у разных специалис-

тов, привели к тому, что у мальчика, имевшего соматическую патологию, стали выявляться признаки психогенного патологического формирования личности (сочетанный вариант патохарактерологического и иатрогенного развития). Симптоматическое поведение «идентифицированного пациента» носило морфостатический характер, предохраняя неудачный брак родителей от распада, кроме того, патологизирующее воспитание способствовало закреплению инфантильных способов реагирования на трудности. Все вышеперечисленные факторы привели к срыву центральных механизмов иммунитета. Такой мальчик нуждается в комплексном лечении у педиатра и психотерапевта.

А вот как бы мог выглядеть психиатрический диагноз с использованием многоосевого кода.

1. *Клинический психиатрический диагноз.* Энурез (F98.0).

2. Нарушения развития. Невроз характера (F60.9) или Психогенное патологическое формирование личности: вариант патохарактерологического и иатрогенного развития.

3. *Уровень интеллекта.* Соответствует возрасту.

4. *Физические болезни и нарушения.* Вторичное иммунодефицитное состояние неясной этиологии.

5. *Аномальные психосоциальные условия.* Неадекватные или искаженные внутрисемейные коммуникации (длительный супружеский конфликт, разрешаемый через ребенка).

6. *Степень тяжести имеющихся нарушений* (7 баллов). Сложности в одной области, но в общем достаточно успешное функционирование (школьная и социальная дезадаптация)

Назначение иммунала, ноотропов и семейная психотерапия, направленная на восстановление границ между подсистемами, устранение препятствий для нормального развития ребенка подтвердило адекватность системной гипотезы.

Катамнез через 5 месяцев. Боли в животе отсутствуют. Нормализовались показатели иммунограммы, прекратился энурез. Перешел на обычное школьное обучение, продолжает посещать музыкальную школу. Расширяет диету и общение с ровесниками.

Перед специалистом в области психического здоровья детей всегда встает вопрос: «Каков прогноз заболевания?» При равных причинах и при одинаковых отягчающих обстоятельствах не у всех детей возникают психические заболевания. Например, ребенок с неврозом навязчивых состояний имеет больший шанс приобрести хроническое течение заболевания в случае алкоголизма отца, семейной дисфункции, чем ребенок с аналогичной патологией, но в гармоничной семье.

Для обучения психологов и психотерапевтов навыкам концептуализации и планированию психотерапии нами адаптирована схема стратегической модели D. N. Oudshoorn (1993). При ее использовании любую проблему можно представить в виде «слоеного пирога» из 6 уровней. Каждый уровень отражает сооответствующие биопсихосоциальные теории, которые служат для выдвижения частных гипотез и подбора психотерапевтических вмешательств. Подход D.N. Oudshoorn является мультимодальным, соотносится с много-

осевыми классификациями психических расстройств, при его применении психоаналитические, поведенческие, когнитивные, коммуникативные и системные семейные теории не противоречат друг другу.

Повод к обращению (жалобы). 1. Жалобы, которые беспокоят пациента или родителя в момент беседы с врачом. Например, головные боли или манкирование учебой. 2. Жалобы, которые на момент беседы с врачом отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически, возникают в течение дня, недели или месяца. Например, ночной энурез возникает 1 раз в месяц, снижение успеваемости в конце учебного года. 3. Жалобы, возникающие только в ответ на специфические внешние факторы (появление тиков после критики матери, манкирование учебой при получении двойки). Изучение общей картины проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним — эго-дистонное или эго-синтонное. Эго-синтонное расстройство означает, что симптомы слиты с личностью, не воспринимаются как чуждые, в то время как эго-дистонное расстройство воспринимается личностью как чуждое, мешающее. Например эго-дистонный энурез воспринимается ребенком как что-то чуждое, мешающее жить.

При планировании психотерапевтических мероприятий следует распределить жалобы и данные клинико-психологического исследования на уровни.

Уровень 1. Проблемы с внешним социальным окружением. Этот уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает среди прочего учебу в школе или работу членов семьи, отношения с дальними родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновение психологической проблематики неблагоприятными факторами внешней среды. Например, травля ребенка одноклассcниками, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность семьи, насилие на улице и другие психотравмирующие ситуации. Другие примеры отягощающих факторов микросоциального окружения: дискриминация одного из членов семьи, миграция или эмиграция семьи, хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе, конфликтные отношения с одноклассниками, роль «козла отпущения». При анализе демографической информации важно обращать внимание на расу, класс, культурный уровень семьи и сексуальную ориентацию. Особенно это касается тех семей, которые составляют недоминантную группу (например, член семьи — беженец из Средней Азии или член семьи — гомосексуалист). Системное мышление предполагает изучение не только непосредственного семейного окружения, но и всей экосистемы клиента.

Уровень 2. Проблемы в семье. Рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Симптоматическое поведение «идентифицировапнного пациента» анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных характеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. Придается большое значение сбору семейного анамнеза, структуре семьи, иерархии, сплоченности, границам, коммуни-

кации, треугольнику как единице оценки семьи, коалициям. Рассматриваются стадии жизненного цикла, анализируется семейная история, горизонтальные и вертикальные стрессоры; определяются функции симптомов в семейной системе (морфостатическая функция, морфогенетическая функция), выясняются их «коммуникативные метафоры».

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы. Они охватывают нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения пациента, объясняемые с позиции теории научения (когнитивный дефицит или искажение): контакт; невербальные признаки коммуникации; пассивное (пассивно-агрессивное), агрессивное или уверенное поведение; развитость социальных навыков; характеристика сферы общения пациента; самооценка — адекватная, низкая, завышенная; способность к адаптации, устойчивость к стрессу; мотивы поведения (надо исследовать мотивы поведения особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии; обратить внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы, выяснить блокировку основных потребностей, определить временную перспективу; выявить суицидные мысли и намерения; найти ресурсы и положительные особенности ребенка.

Уровень 4. Эмоциональные конфликты. Эмоциональные расстройства имеют осознаваемую и неосознаваемую стороны (двойное дно); аффекты (следует особо описать такие аффекты, как тревога, депрессия, страх, чувство вины, апатия, депрессия); защитные системы. Следует также учитывать фазы психического развития (по В. В. Ковалеву, Д. М. Эльконину, 3. Фрейду, А. Фрейд, Э. Эриксону, О. Керибергу и др.), своевременное их прохождение ребенком, соответствие симптоматики возрасту.

Уровень 5. Нарушения развития и личностные расстройства. На этом уровне формируются длительные и глубинные отклонения. Это касается различных аспектов как «искаженного», так и «поврежденного» развития: аутизм, ядерные психопатии, психогенные формирования личности (краевые психопатии), а также специфические аномалии развития. Характеристика степени личностной зрелости; психоаналитическая диагностика личности; уровни нарушений (невротический, пограничный, психотический); «условная приятность» симптомов. Изучение общей картины проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстройство).

Уровень 6. Биологические нарушения. Формулируется гипотеза, согласно которой биологические факторы (отягощенная наследственность, пре-, пери- и постнатальные поражения ЦНС) являются ведущими в происхождении симптоматического поведения. Физические болезни и их влияние на становление личности. В этих случаях в основном оказывается медикаментозная помощь.

При составлении или написании клинико-психотерапевтического заключения необходимо получить информацию о мотивации пациента и семьи к изменениям. Подчеркнуть наиболее важные проблемы, которые могли бы послужить «мишенями» к психотерапии. При планировании психотерапии —

отметить цели психотерапии, этапы психотерапии, возможные терапевтические методики в начале работы со всей семьей и отдельным ее членом. Число сеансов.

Многоосевая классификация отражает понятие «функциональный диагноз» [Вайзе К., Воловик В. М., 1980; Вид В. Д., 1993].

Функциональный диагноз — это диагноз индивидуальной приспособляемости больного, его бытия в болезни, он отражает взаимодействие больного с социальным окружением и обществом. В формировании функционального диагноза, наряду с критериями биологического значения, важную роль играют психологический и социальный аспекты, отражающие психологические факторы функциональной недостаточности и внешние условия адаптации, связанные с особенностями психосоциальных воздействий окружения на больного.

Контрольные вопросы

1. Как многоосевая диагностика помогает при планировании психотерапевтических мероприятий?
2. Что такое функциональный диагноз?
3. Доложите представление о своем пациенте, используя многоосевые подходы.

Список рекомендуемой литературы

1. *Оудсхоорн Д. Н.* Детская и подростковая психиатрия (пер. с нидерланд). - М., 1993.
2. Психотерапия: Учебник. 2-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб: Питер, 2002.
3. Психотерапия детей и подростков (пер. с нем.) / Под ред. X. Ремшмидта. - М.: Мир, 2000.
4. *Коттел Дж., Браун Р.* Психотерапевтическое консультирование. — СПб.: Питер, 2001.
5. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подротсковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. — М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. - 407 с.



ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТОЛОГИИ

В начале XX века появилась, а с 60-х годов бурно развилась новая наука - *периатология* (греч. peri — около, вокруг; лат. natus — рождение). Хотя собственно перинатальный период длится с 28-й недели внутриутробной жизни человека по 7-е сутки жизни после рождения, G. J. Craig определял перинатологию как «раздел медицины, изучающий здоровье, болезни и методы лечения детей во временной перспективе, включающей зачатие, пренатальный период, роды и первые месяцы постнатального периода». Он подчеркивал, что эта «новая ветвь медицины» рассматривает рождение ребенка не как отдельное событие, представленное точкой на оси времени, а как длительный процесс, начинающийся с зачатия и охватывающий весь пренатальный период, сами роды и первые месяцы после рождения (1976).

Интерес к новой науке во многом связан с необходимостью поиска способов приостановки тенденции роста количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами. Причин этого явления много: и успехи медицины, приводящие к уменьшению смертности детей с патологией, в прошлые годы несовместимой с жизнью, и неудовлетворительная психопрофилактическая работа с беременными, и ошибки родовспоможения, и ухудшение экологии, и рост наркомании. Все это и явилось предпосылками возникновения перинатальной психологии и психиатрии.

Сложность проблем перинатального периода требовала интеграции научных знаний и сотрудничества различных специалистов (акушеров, педиатров, генетиков, эндокринологов, биохимиков, социальных работников, психологов и психиатров и др.). G. J. Craig называл такие направления перинатологии: акушерско-гинекологическое, неонатологическое, эндокринологическое, генетическое, биохимическое, хирургическое, психиатрическое, а также — социологическое.

J. Schusser (1989) выделяет следующие основные направления исследований в перинатологии: биохимическое, эндокринологическое, генетическое, физиологическое, психологическое, социологическое, педагогическое.

Развитие перинатологии в России и западных странах существенно отличалось.

На западе получили широкое распространение психоаналитически ориентированные исследования в перинатологии. Стало очевидным, что это уникальный, сложный период жизни человека, который необходимо изучать. В 1971 г. J. H. Fraber организовал в Вене Общество пре- и перинатальной психологии. В 1982 г. во Франции была создана Национальная Ассоциация Пренатального Воспитания (ANEP). В 1983 г. в Торонто состоялся 1-й Американский Конгресс по пре- и перинатальному воспитанию.

В западных странах периатология стала развиваться раньше, и темпы развития были более интенсивны, чем в Советском Союзе, соотношение биологических и социально-психологических исследований было более сбалансировано.

До революции и в России психоанализ вызывал большой интерес, имел много сторонников, проводивших научную и клиническую работу. После 1917 г. некоторые из них (Р. А. Авербух, А. Р. Лурия, Б. Д. Фридман) предпринимали попытки объединения психоанализа с марксизмом («фрейдомарксизм»). Однако в 20-х годах на психоанализ в России было предпринято наступление, и его запретили как «пропаганду буржуазной идеологии». В 1924 г. был закрыт Государственный психоаналитический институт, в 1928 г. — издательство «Психоаналитическая библиотека», а в 1940 г. арестовали директора института и главного редактора библиотеки И. Д. Ермакова, впоследствии погибшего в лагере. В 1948 г. из Ленинградской Военно-медицинской академии был уволен известный психиатр профессор А. С. Чистович за то, что читал курсантам лекцию об анализе сновидений.

В Советском Союзе зачатие, беременность, роды рассматривались в свете господствующих идей нервизма как связанная с инстинктивной деятельностью совокупность следующих друг за другом безусловных и условных рефлексов. Их особенности объяснялись взаимодействием коры больших полушарий головного мозга с подкоркой. Понятно, что в этих условиях становление перинатологии имело крен в биологическую сторону. Психологическим и социологическим исследованиям уделялось недостаточно внимания. Вопросами перинатологии занимались преимущественно акушеры, гинекологи, педиатры, эндокринологи, физиологи и патофизиологи.

Психология беременности изучалась только с позиций учения И. П. Павлова. На его основе И. З. Вельвовским с сотрудниками в 1949 г. был разработан и внедрен «психопрофилактический метод обезболивания родов». Цели его использования были следующие:

— профилактика, ранняя диагностика нарушений физиологического течения беременности;

— избавление женщин от ложных отрицательных эмоций, связанных с беременностью и родами;

— ознакомление женщин с основными закономерностями течения беременности и родов;

— обучение активному поведению в родах, приемам, способствующим физиологическому родоразрешению;

— изменение представлений о неизбежности страданий в родах.

Название метода и перечисление целей показывают, что психологическому обезболиванию родов придавалось неоправданно большое значение. В то же время подготовка беременных по И. З. Вельвовскому способствовала снижению уровня тревоги и страхов, что помогало роженицам вести себя более спокойно и адекватно.

Этот метод широко применялся в женских консультациях и родильных домах в Советском Союзе, а также за его пределами. Интегрируя психопрофилактику, психотерапию с психогигиеническими, социально-просветительными, а также акушерско-гинекологическими мероприятиями, он, несмотря на недостатки, безусловно, сыграл в то время прогрессивную роль. К недостаткам метода следует отнести то, что, как видно из анализа его целей, авто-

ры почти совсем не уделяли внимания ребенку и его отношениям с матерью. Материнско-детские отношения изучались в советской детской психологии Л. С. Выготским и его учениками, но вне перинатологии. В культурно-историческом подходе Л. С, Выготского исследовалась роль взрослого (особенно матери) в развитии ребенка как представителя человеческого рода, как субъекта познавательной активности. Он рассматривал пренатальный период как выходящий за рамки психологического исследования, считая момент рождения нижней границей детской психологии.

Основоположниками перинатологии в нашей стране заслуженно считаются Н. Л. Гармашова и Н. Н. Константинова (1985). Они отмечали, что выделение ее в отдельную дисциплину стало возможным благодаря большим успехам в области *«физиологии и патофизиологии внутриутробного развития»*. При этом существенное значение придавалось изучению «нарушений адаптации матери к зародышу и зародыша к матери». Направленность их работ определялась попыткой изложить данные в области перинатологии в аспекте, полезном в основном для акушеров-гинекологов и неонатологов. Термин «неонатолог» был предложен в США в 1960 г., а включен в России в номенклатуру врачебных специальностей и должностей лишь в ноябре 1987 г. Исследований, касающихся развития психических функций будущего ребенка и психических особенностей беременных, было немного. Кроме того, они имели существенный недостаток: плод и беременная исследовались, как правило, как бы изолировано друг от друга, недостаточно изучалось их взаимодействие. Это связано с большими методологическими трудностями, встающими перед исследователями плода, а также с тем, что многие теории, имеющие отношение к данной проблеме, основывались на психоаналитических взглядах, а в нашей стране все связанное с психоанализом долгое время подвергалось огульной, во многом неоправданной критике.

В 1995 г. в России А. В. Горюнова и Г. В. Козловская защитили диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук по перинатальной психиатрии. Активность исследований в этой области продолжает нарастать. В Санкт-Петербурге 20-22 марта 1997 г. состоялась конференция, посвященная вопросам перинатологии, на которой было принято решение о создании Ассоциации перинатальной психологии и медицины России. С тех пор в России ежегодно проводятся конференции, собирающие врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, невропатологов, психиатров, психотерапевтов и психологов. В 2000 г. при Санкт-Петербургском психологическом обществе была создана секция перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии (председатель И. В. Добряков). В феврале 2002 г. в Москве на Всероссийской конференции «Психология и ее приложения» было принято решение организовать при Всероссийском психологическом обществе секцию перинатальной психологии (сопредседатели И. В. Добряков, Г. Г. Филиппова). 12.02.2002 г. Министерство здравоохранения РФ издало указание № 202-У «О создании Координационного совета Минздрава России по оказанию медико-психологической помощи в лечебно-профилактических учреждениях детства и родовспоможения» в целях развития медико-психо-

логической службы в этих учреждениях и «внедрения в их работу временных технологий клинической (медицинской) психологии и психотерапии». Таким образом, в нашей стране признано необходимым и продолжается развитие таких разделов перинатологии, как перинатальная психология, психопатология, психиатрия, психотерапия.

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Перинатальная психология — это область психологической науки, изучающая обусловленные взаимодействием с матерью закономерности психического развития человека на самых ранних этапах его онтогенеза от зачатия до первых месяцев жизни после рождения. Длительность постнатального периода, включаемого в сферу интересов перинатологов, разными авторами оценивается по-разному. Однако если считать основными особенностями перинатального периода симбиотическую связь матери с ребенком, неспособность ребенка выделять себя из окружающего мира, то есть отсутствие четких телесных и душевных границ, несамостоятельность его психики, то максимально этот период может быть расширен до появления самосознания, то есть примерно до трех лет жизни.

Даже условия и процесс зачатия могут влиять на нервно-психическое и физическое развитие будущего ребенка. С биологической точки зрения для его здоровья, безусловно, будут иметь значение возраст родителей (особенно матери), наличие или отсутствие у них болезней, наследственный фактор, благосостояние семьи и т. п.

О влиянии психосоциальных факторов на зачатие, на становление психических функций и развитие личности будущего ребенка писал основатель теории трансакционного анализа E. Bern (1972). Он считал, что «ситуация зачатия человека может сильно влиять на его судьбу». Непосредственную ситуацию зачатия он предлагал называть *«зачаточной установкой»*. Независимо от того, была ли ситуация результатом случайности, страсти, любви, насилия, обмана, хитрости или равнодушия, следует анализировать любой из этих вариантов. Необходимо выяснить, каковы были обстоятельства, как подготавливалось это событие, планировалось ли оно, а если планировалось, то как: хладнокровно и педантично, темпераментно, с разговорами и обсуждениями или при молчаливом страстном согласии. В жизненном сценарии будущего ребенка, утверждает E. Bern, могут отразиться все эти качества, так как отношение родителей к интимной жизни отражается на их отношении к ребенку. На основании своих исследований E. Bern выделял *«родовые сценарии»*. Наиболее часто встречающимися он считал сценарии «происхождение» и «искалеченная мать». В основе первого лежат сомнения ребенка в том, что его родители настоящие, в основе второго — знание ребенка о том, как тяжелы были роды для матери. Большое значение E. Bern придает очередности рождения, именам и фамилиям.

Разделяя эти его взгляды, в то же время трудно согласиться с утверждением, что влияние течения родов, родовых травм на жизненный сценарий человека является «чистой спекуляцией». Удивляет также, что E. Bern не уделяет должного внимания влиянию особенностей течения беременности, состояния беременной женщины на формирование жизненного сценария будущего ребенка.

Рассматривая взаимоотношения, возникающие в системе мать-дитя, исследователи изучают поэтапное формирование в субъективном мире ребенка представлений о внешнем мире. Их интересует, каким образом отношение матери к плоду или новорожденному отражает ее собственную историю до и после рождения. Привязанность матери и ребенка возникает не вдруг, а связана с мотивами зачатия, отношением к беременности, родам (влияя на их течение), с личностными особенностями беременной и ее отношениями с партнером (отцом ребенка).

Другим, также широко распространенным в западных странах является направление перинатальной психологии, исследующее взаимоотношения в системе мать-дитя, которое является по сути этологическим. При таком подходе связь мать-дитя трактуется как форма запечатления. То, как происходило общение матери с новорожденным ребенком в первые часы жизни, оказывает большое влияния на их последующее взаимодействие. Согласно теории социального научения, мать и ребенок находятся в состоянии непрерывного обучения, реагируя на поведение друг друга. Таким образом, их взаимодействие является взаимно вызванным стимул-реактивным поведением.

В настоящее время назрела актуальность пересмотра традиционных представлений о течении беременности и развитии плода, о взаимоотношениях в системе «беременная-плод» с учетом имеющихся в мировой науке наработок. Подобное освещение проблемы может иметь большое практическое значение, открывая новые возможности воздействия на развитие плода, течение беременности и родов, профилактики нервно-психических нарушений у новорожденных и матерей.

Еще в 1966 г. П. Г. Светлов установил критические периоды онтогенеза:

— период имплантации (5-6-й дни после зачатия);

— период развития плаценты (4-6-я недели беременности);

— 20-24-я недели беременности также являются критическими, так как именно в это время идет бурное становление многих систем организма, приобретающих к концу этого периода характер, свойственный новорожденным [Анохин П. К., 1966; Бодяжина В. И., 1967].

Развитие различных структур головного мозга идет в строго детерминированной генетической последовательности. При этом отмечаются периоды повышенной уязвимости к повреждающим воздействиям, характеризующиеся высоким темпом размножения органоспецифических нейробластов. В англоязычной литературе подобные периоды наивысшего напряжения получили название «spurt» (англ. «рывок»). «Можно выделить спурты созревания какой-либо функции головного мозга. Выявление характера «спуртов» в различные сроки беременности уточняет содержание критических пе-

риодов внутриутробного развития» [Гармашова Н. Л., Константинова Н. Н., 1985]. Состояние беременной в критические периоды, таким образом, может существенно влиять на особенности формирующихся психических функций будущего ребенка, а значит, и определять во многом его жизненный сценарий. «Во время перинатального периода развития ребенок живет практически «одной жизнью» с матерью. Поэтому сильные нарушения в протекании физиологических и нервно-психических процессов у будущей матери могут оказать влияние, подчас необратимое, на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой» [Батуев А. С, Соколова Л. В., 1994]. Матка представляет собой первую экологическую нишу человека. На основе учения А. А. Ухтомского о доминанте И. А. Аршавским было предложено понятие «гестационной доминанты» (лат. gestatio — беременность, dominans — господствующий), наиболее удачно отражающее особенности протекания физиологических и нервно-психических процессов в организме беременной женщины. Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма беременной на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Это происходит путем формирования под влиянием факторов внешней и внутренней среды стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе, обладающего повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности и способным оказывать тормозящее влияние на другие нервные центры.

Различают физиологический и психологический компоненты гестационной доминанты. Физиологический и психологический компоненты соответственно определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими в организме женщины, направленными на вынашивание, рождение и выхаживание ребенка. Психологический компонент гестационной доминанты представляет особый интерес для перинатальных психологов.

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы.

В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними, было выделено 5 типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [Добряков И. В., 1996].

Оптимальный тип ПКГД отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги относящихся к своей беременности. В этих случаях, как правило, отношения в семье гармоничны, беременность желанна обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. Оптимальный

тип способствует формированию гармонического типа семейного воспитания ребенка.

Гипогестогнозический (греч.: hypo — приставка, означающая слабую выраженность; лат.: gestatio — беременность; греч.: gnosis — знание) *тип* ПКГД нередко встречается у женщин, не закончивших учебу, увлеченных работой. Среди них встречаются как юные студентки, так и женщины, которым скоро исполнится или уже исполнилось 30 лет. Первые не желают брать академический отпуск, продолжают сдавать экзамены, посещать дискотеки, заниматься спортом, ходить в походы. Беременность у них часто незапланированная и застает врасплох. Женщины второй подгруппы, как правило, уже имеют профессию, увлечены работой, нередко занимают руководящие посты. Они планируют беременность, так как справедливо опасаются, что с возрастом риск возникновения осложнений повышается. С другой стороны, эти женщины не склонны менять жизненный стереотип, у них не хватает времени встать на учет, посещать врачей, выполнять их назначения. Женщины с гипогестогнозический типом ПКГД нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки, манкируют занятиями. После родов среди этой группы женщин часто отмечается гипогалактия. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам (бабушкам, няням), так как сами матери очень заняты. При гипогестогнозическом типе ПКГД чаще всего формируются такие типы семейного воспитания, как гипопротекция, эмоциональное отвержение, неразвитость родительских чувств.

Эйфорический (греч.: ей — хорошо; phero — переношу) *тип* ПКГД отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания агравируются, трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Врачи, курсы дородовой подготовки посещаются, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально. Эйфорическому типу ПКГД соответствует расширение сферы родительских чувств к ребенку, потворствующая гиперпротекция, предпочтение детских качеств. Нередко отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременных, что влияет на ее соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т.п.). В некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Часто тревога сопровождается ипохондричностью. Повышенную тревожность нетрудно выявить как врачу женской консультации, так и ведущим курсы дородовой подготовки, од-

нако, к сожалению, беременные женщины с этим типом ПКГД далеко не всегда получают адекватную оценку и помощь. Нередко именно неправильные действия медицинских работников способствуют повышению тревоги у женщин, что приводит к ятрогениям. Большинство из них нуждаются в помощи психотерапевта. При этом типе ПКГД чаще всего в семейном воспитании формируется доминирующая гиперпротекция, нередко отмечается повышенная моральная ответственность. Выражена воспитательная неуверенность матери. Нередко и вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания, обусловливающее противоречивый тип воспитания.

Депрессивный тип ПКГД проявляется, прежде всего, резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может начать утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здоровое дитя, боится умереть в родах. Часто возникают дисморфоманические идеи. Женщина считает, что беременность «изуродовала ее», боится быть покинутой мужем, часто плачет. В некоторых семьях подобное поведение будущей матери может действительно ухудшить ее отношения с родственниками, объясняющих все «капризами», не понимающими, что женщина нездорова. Это еще больше усугубляет состояние. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничижения, обнаруживаются суицидальные тенденции. Гинекологу, акушеру, психологу, всем, кто общается с беременной, очень важно своевременно выявить подобную симптоматику и направить женщину на консультацию к психотерапевту или психиатру, который сможет определить невротический или психотический характер депрессии и провести соответствующий курс лечения. К сожалению, у беременных встречаются и ятрогенные депрессии. Отклонения в процессе семейного воспитания при этом типе ПКГД аналогичны развивающимся при тревожном типе, но более брутальны. Встречаются также эмоциональное отвержение ребенка, жестокое обращение с ним. При этом мать испытывает чувство вины, усугубляющей ее состояние.

Определение типа ПКГД может существенно помочь разобраться в ситуации, при которой вынашивается ребенок, понять, как складываются отношения в семье в связи с его рождением, каким образом формировался стиль семейного воспитания.

Испытываемые матерью эмоции испытывает и плод, так как плацентарный барьер пропускает выделяемые при этом эндорфины и катехоламины. За несколько дней до родов в крови матери возрастает уровень адреналина и норадреналина, подготавливающих организмы будущей матери и ребенка к стрессовым воздействиям.

Учитывая это, вряд ли можно считать «спекуляциями» представления о том, что эмоции и телесные ощущения, испытываемые плодом в интранатальном периоде и в течение родов, остаются в его подсознании и в дальнейшем влияют на развитие, определяют нервно-психические особенности. Эти идеи были разработаны наиболее подробно St. Grof (1985). Как и его предшественники, он подчеркивал, что при нормально протекающей беременное-

ти желанным ребенком плод находится в состоянии комфорта и безопасности. Роды являются для ребенка сильнейшей и физической, и психической травмой, сопровождающейся угрозой жизни. Это положение St. Grof перекликается с утверждением K. Horney (1946) о том, что ужас, испытываемый рождающимся и переживание с первых секунд существования чувства враждебности мира формируют «базальную тревогу», уровень которой во многом предопределяет в дальнейшем поступки человека. K. Horney выделяет три основных типа стратегии поведения, связанные с базальной тревогой:

— стремление к людям;

— стремление от людей (независимость);

— стремление против людей (агрессия).

St. Grof считает, что отражающие перинатальный уровень бессознательного переживания смерти и возрождения проявляются в четырех типичных паттернах или констелляциях. Существует глубокое соответствие этих тематических кластеров клиническим стадиям биологического рождения. Для теории и практики глубинной эмпирической работы оказалось весьма полезным постулировать существование гипотетических динамических матриц, управляющих процессами, относящимися к перинатальному уровню бессознательного, и назвать их *базовыми перинатальными матрицами* (БПМ).

Биологической основой *первой перинатальной матрицы* (БПМ-1) является опыт исходного симбиотического единства плода и матери в периоде безмятежного, почти идеального внутриматочного существования.

Эмпирический паттерн *второй перинатальной матрицы* (БПМ-2) относится к самому началу биологического рождения, к его первой клинической стадии. При полном развертывании этой стадии плод периодически сжимается маточными спазмами, но шейка матки еще закрыта, выхода нет. St. Grof считает, что ребенок испытывает при этом неодолимое чувство возрастающей тревоги, связанной с надвигающейся смертельной опасностью, усугубляющейся тем, что определить источник опасности невозможно. Символическое выражение БПМ-2 — бесконечное и безнадежное заточение в комнате без выхода, порождающее чувства беспомощности, неполноценности, отчаяния.

Третья перинатальная матрица (БПМ-3) отражает вторую клиническую стадию биологических родов. На этой стадии сокращения матки продолжаются, но в отличие от предыдущей стадии шейка матки уже открыта. Это позволяет плоду постоянно продвигаться по родовому каналу, что сопровождается сильнейшими механическими сдавлениями, удушьем, часто непосредственным контактом с такими биологическими материалами, как кровь, моча, слизь, кал. Все это происходит в контексте отчаянной борьбы за выживание. Ситуация при этом не кажется безнадежной, а сам ее участник не беспомощен. Он принимает активное участие в происходящем, чувствует, что страдание имеет определенную направленность и цель.

Четвертая перинатальная матрица (БПМ-4) связана с заключительной стадией родов, с непосредственным рождением ребенка. St. Grof считает, что акт рождения — это освобождение и, в то же время, безвозвратный отказ от прошлого. Поэтому на пороге освобождения ребенок

ощущает приближение катастрофы огромного размаха. Мучительный процесс борьбы за рождение достигает своей кульминации, за пиком боли и напряжения следует внезапное облегчение и релаксация. Однако радость освобождения сочетается с тревогой: после внутриутробной темноты ребенок впервые сталкивается с ярким светом, происходящее отсечение пуповины прекращает телесную связь с матерью, и ребенок становится анатомически независимым. Полученная в процессе родов физическая и психическая травма, связанная с угрозой жизни, с резким изменением условий существования, во многом определяет дальнейшее развитие ребенка. Ее интенсивность и последствия можно свести к минимуму, проведя подготовку к родам и правильно оказав родовспоможение.

После родов начинается процесс адаптации ребенка к новым условиям. Если в родах ребенок может получить и, как правило, получает острую психологическую травму, то при неправильном отношении к нему в постнатальном периоде младенец может попасть в хроническую психотравмирующую ситуацию. В результате возможны нарушения процесса адаптации, отклонения и задержки психомоторного развития.

3. Фрейд считал, что «младенец, при условии включения заботы, которую он получает от матери, представляет психическую систему». Только в системе «мать-дитя» запускается процесс, названный Э. Фроммом «индивидуализацией» и приводящий к развитию самосознания. В 1941 г. Э. Фромм писал: «Относительно быстрый переход от внутриутробного к собственному существованию, обрыв пуповины обозначают начало независимости ребенка от тела матери. Но эту независимость можно понимать лишь в грубом смысле разделения двух тел. В функциональном смысле младенец остается частью тела матери. Она его кормит, ухаживает за ним, оберегает его. Постепенно ребенок приходит к сознанию того, что его мать и другие объекты — это нечто отдельное от него. Одним из факторов этого процесса является психическое и общее физическое развитие ребенка, его способность схватывать объекты — физически и умственно — и овладевать ими. Ребенок осваивает окружающий мир через посредство собственной деятельности. Процесс индивидуализации ускоряется воспитанием. При этом возникает ряд фрустраций, запретов, и роль матери меняется: выясняется, что цели матери не всегда совпадают с желаниями ребенка, иногда мать превращается во враждебную и опасную силу. Этот антагонизм, который является неизбежной частью процесса воспитания, становится важным фактором, обостряющим осознание различия между «Я» и «Ты»».

Д. Винникотт, подчеркивая неразрывность психической деятельности матери и ребенка, писал: «Нет такого создания, как младенец» (1960).

О том, что лишь через несколько месяцев после рождения младенец вообще начинает воспринимать других людей как других и становится способным реагировать на них улыбкой, что лишь через годы перестает он смешивать себя с миром, в 1932 г. писал Жан Пиаже.

Эти идеи нашли отражение и развитие в работах английского психолога и педиатра Дж. Боулби в 1951-1960 гг. Дж. Боулби показал, что для пси-

хического здоровья ребенка необходимо, чтобы его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло.

3. Фрейд считал, что основой отношения ребенка к матери является «принцип наслаждения» (1926), так как младенец стремится получить удовольствие, утоляя голод материнским молоком. В отличие от 3. Фрейда, не отвергая принцип удовольствия, Дж. Боулби полагал, что связь ребенка и матери обусловлена выраженной потребностью в близости к ухаживающему за ним человеку. Развитие психических и моторных функций детей Дж. Боулби связывал с развитием способов достижения близости к матери. Близость обеспечивает безопасность, позволяет заниматься исследовательской деятельностью, обучаться, адаптироваться к новым ситуациям. Таким образом, потребность в близости — базовая потребность ребенка.

Еще в возрасте до года ребенок умеет определять такое расстояние до матери, на котором он способен дать ей знак о своих потребностях хныканьем и получить помощь, то есть расстояние, на котором он находится в состоянии относительной безопасности.

Если мать оказывается или кажется ребенку недоступной, активизируется деятельность малыша, направленная на восстановление близости. Страх потерять мать может вызывать панику. Если потребность в близости часто не удовлетворяется, то и в присутствии матери ребенок перестает чувствовать себя в безопасности. Только при развитом чувстве безопасности ребенок постепенно увеличивает расстояние, на которое спокойно отпускает мать. Дж. Боулби подчеркивал важность ощущения безопасности и развития «ego» ребенка. Если «ухаживающая персона» признает и пытается удовлетворить потребность младенца в комфорте и в безопасности, у ребенка снижается уровень базальной тревоги, растет уверенность в своих силах, и его деятельность направляется на познание окружающего мира. В противном случае — уровень тревоги высок, растет, а деятельность ребенка направлена на попытки обеспечения безопасности.

Теоретические положения Дж. Боулби были блестяще подтверждены экспериментами М. Эйнсфорт (1978). Наблюдая детей первых месяцев жизни, она пыталась определить, каким образом особенности взаимоотношений с матерью проявляются в процессе кормления грудью, в плаче ребенка и в игровых моментах. Начав свои исследования в Англии, она затем вместе с мужем переехала в Африку, где он получил работу. Продолжив эксперименты на новом месте, М. Эйнсфорт была поражена тем, что исследования английских и африканских детей и их мам дали одинаковый результат. В России при проведении подобных исследований были получены аналогичные данные. В результате исследований установлено, что взаимоотношения матери и ребенка складываются в течение первых трех месяцев жизни и определяют качество их привязанности к концу года и в последующем. Благоприятно на развитие ребенка влияют матери, движения которых синхронны движениям младенца во время общения с ним, эмоции экспрессивны, контакты с ребенком разнообразны. Общение же детей с матерями ригидными, редко берущими их на руки, сдерживающими свои эмоции («матери с дере-

вянными лицами»), напротив, не способствует развитию психических функций ребенка. То же можно сказать и об общении детей с матерями, отличающимися непоследовательным, непредсказуемым поведением.

Экспериментальным путем М. Эйнсфорт удалось выделить три типа поведения детей, формирующихся под влиянием общения с матерью.

Тип А. *Избегающая привязанность* — встречается примерно в 21,5% случаев. Характеризуется тем, что на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта. Он не идет на контакт даже тогда, когда мать начинает с ним заигрывать.

Тип В. *Безопасная привязанность* — встречается чаще других (66%). Характеризуется тем, что в присутствии матери ребенок чувствует себя комфортно. Если она уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность. При возвращении матери ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.

Тип С. *Амбивалентная привязанность* — встречается примерно в 12,5% случаев. Даже в присутствии матери ребенок остается тревожным. При ее уходе тревога возрастает. Когда она возвращается, малыш стремится к ней, но контакту сопротивляется. Если мать берет его на руки, он вырывается.

Работы Дж. Боулби и М. Эйнсфорт ставили под сомнение основные принципы бихевиоризма. Основываясь на принципах оперантного обусловливания и формирования реакции, бихевиористы, оказавшие большое влияние на педагогику, рекомендовали матерям «не приучать детей к рукам», так как это, с их точки зрения, тормозило исследовательскую деятельность.

Позиций бихевеоризма придерживался видный исследователь психического развития младенцев Т. Бауэр (1974). Изучая значение невербальных форм общения младенцев со взрослыми для развития когнитивных процессов и моторики, он игнорировал роль активного усвоения ребенком социального опыта, накопленного предыдущим поколением. И хотя исследователь писал о важности «психологического окружения для ускорения или замедления процесса приобретения ребенком основных познавательных навыков», способность двухнедельного младенца адекватно реагировать на раздражитель он объяснял только генетической запрограммированностью.

Большинство исследователей психического развития младенцев не учитывали значения для формирования психических функций взаимоотношений матери и дитя или уделяли этому недостаточно внимания.

Так 3. Фрейд полагал, что для детей от рождения до 6 месяцев характерны нарциссизм и первичный аутоэротизм, а с 6 месяцев начинается «оральная стадия» развития, заканчивающаяся к 12 месяцам. В этом периоде дети достигают удовлетворения libido во время сосания, покусывания, жевания соска матери.

Ж. Пиаже в 1966 г. доказал, что ребенка нельзя рассматривать, как маленького взрослого, отличающегося от последнего лишь меньшим объемом знаний. Изучая в основном развитие когнитивных процессов, Ж. Пиаже показал, что интеллектуальные операции осуществляются в форме целостных

структур, формирующихся благодаря равновесию, к которому стремится эволюция. Еще в 1955 г. им была предложена гипотеза о стадиях развития ребенка. Согласно этой гипотезе с момента рождения до двух лет ребенок переживает стадию сенсомоторного развития, разделяющуюся на 6 субстадий.

1-я субстадия *врожденных рефлексов* продолжается в течение первого месяца жизни. Рефлексы младенцев (сосание, хватание, ориентировочный и др.) вызываются внешними раздражителями и в результате повторений становятся все более эффективными.

2-я субстадия *моторных навыков* длится с 1 до 4 месяцев и характеризуется формированием у ребенка условных рефлексов, связанных со взаимодействием с окружением (например, сосательные движения при виде бутылочки с молоком).

3-я субстадия *циркулярных реакций* (с 4 до 8 месяцев), формирующихся на основе уже зрелой координации между моторными схемами (сотрясение погремушки, хватание игрушки, сосание соски) и перцептивными системами.

4-я субстадия *координации средств и целей* (с 8 до 12 месяцев) характеризуется появлением в действиях ребенка все большей преднамеренности, целенаправленности (например, он отодвигает предмет, мешающий достать игрушку).

В отличие от J. Piaget, H. Wallon (1945) не признавал единого ритма развития детей, однако выделял периоды развития, каждый из которых характеризовался «своими признаками, своей специфической ориентацией и представляет собой своеобразный этап в развитии ребенка»:

1. *Импульсивный период* (до 6 месяцев) — стадия автоматизированных рефлексов, являющихся ответом на раздражительность. Постепенно они все больше уступают место контролируемым движениям и новым формам поведения, по большей части связанным с питанием.

2. *Эмоциональный период* (с 6 до 10 месяцев) характеризуется «зачатками субъективизма». Репертуар эмоций у ребенка становится все богаче (радость, тревога, страх, гнев и др.). Это в свою очередь расширяет возможности установления контакта с окружающей средой; повышается эффективность мимики, жестов.

3. *Сенсомоторный период* (с 10 до 14 месяцев) знаменует собой начало практического мышления. Перцептивные процессы тесно связаны с движениями, у ребенка появляются целенаправленные жесты. Совершенствуются циркулярные формы активности (например, голос оттачивает слух, а слух придает гибкость голосу), это способствует прогрессу в узнавании звуков, а затем и слов.

Ch. Buhler (1968) в основу своей классификации развития ребенка положила теорию интенции. Согласно ее мнению, интенциональность проявляется в выборах, чаще неосознанных, которые делает человек, поставив перед собой цель. Стадию 1-го года жизни ребенка она называет «стадией объективизации». Характеризуется эта стадия формированием первых субъективных связей с предметами.

A. Jessil (1956) полнее, чем Ch. Buhler, раскрывает особенности взаимоотношений ребенка с окружающим его миром. По его систематике развития ребенка первая стадия (1-й год жизни) отличается знакомством ребенка с собственным телом, установлением различий между знакомыми и чужими людьми, началом ходьбы и манипулятивных игр.

Большой вклад в изучение психического развития ребенка сделали отечественные психологи. Л. С. Выготский выдвинул концепцию, согласно которой развитие психических функций связано с особенностями взаимодействия человека с внешней средой, не ограничено завершением морфологических изменений, а также предложил вытекающий из этой концепции «историко-генетический» метод исследования. Применение метода позволило проследить за формированием той или иной психической функции, а не просто констатировать их состояние на определенный момент. Для становления психических функций Л. С. Выготский наиболее важными считал процессы опосредования. Вместо общепринятой в психологии 2-членной схемы анализа (стимул-реакция) им была предложена 3-членная (стимул-опосредование-реакция).

Л. С. Выготский, а затем его ученики С. Л. Рубинштейн (1946), А. Н. Леонтьев (1972), Д. Б. Эльконин (1978) и другие показали, что психические функции ребенка формируются под влиянием социальных условий жизни и воспитания. Ими показано, что переход одного этапа возрастного развития к другому связан со сменой одного вида ведущей деятельности другим.

На основе биогенетической теории этапности онтогенеза В. В. Ковалев в 1969 г. выделил 4 основных возрастных уровня нервно-психического реагирования у детей. Согласно его представлениям, дети в возрасте от 0 до трех лет в основном реагируют на соматовегетативном уровне.

Работы в этом направлении следует считать основополагающими для развития перинатальной психологии, психиатрии и психотерапии. Изменение социальной ситуации в нашей стране в настоящее время привело к созданию благоприятных условий развития перинатологии и перинатальной психологии и психиатрии в частности. Очевидно, что их дальнейшее полноценное развитие возможно лишь при формировании методологии междисциплинарных связей, обеспечивающей им интеграцию соответствующих биологических, психологических, медицинских и социальных направлений исследований

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ

С начала двадцатого столетия внимание детских психиатров все больше привлекают психические расстройства младенцев и детей раннего возраста. Этому способствовало развитие перинатальной психологии и неонатологии, а также современное состояние теории и практики детской психиатрии. В результате на стыке смежных дисциплин был создан новый раздел

детской психиатрии, основной задачей которого является изучение психических расстройств детей раннего возраста. Под ранним возрастом понимают неонатальный период (с 0 до 1 месяца жизни), младенческий период (с 1 месяца до 1 года жизни) и период собственно раннего детского возраста (с 1 до 3 лет жизни).

Еще сравнительно недавно считалось, что психиатру, а, тем более, психотерапевту имеет смысл показывать детей только после того, как им исполнилось 3 года. А если же до достижения этого возраста у ребенка возникали явные нарушения развития, поведения, то родители обращались за помощью к педиатрам и невропатологам. Уже более 10 лет у нас и еще раньше за рубежом выделилась новая ветвь психотерапии и психиатрии, специализирующаяся на обслуживании детей раннего детского возраста. Психиатр, работающий с детьми раннего возраста, помимо знаний по психиатрии должен быть, по мнению М. П. Гин, специалистом в области индивидуальной, семейной терапии и консультантом в педиатрической практике.

В литературе можно встретить такие названия этого раздела, как *«педопсихиатрия», «младенческая психиатрия», «психиатрия детско-родительских отношений», «микропсихиатрия»,* а также *«перинатальная психиатрия».*

Название *«педопсихиатрия»* практически является синонимом «детской психиатрии», так как имеет один корень с греческим словом «paidos», то есть «детский» и, таким образом, не отражает специфику раздела.

Название *«младенческая психиатрия»* — ограничивает границы раздела, ориентируя на изучение психических нарушений только детей в возрастном периоде с 1 месяца до 1 года жизни, игнорируя неонатальный период и период раннего детского возраста.

Использование названия *«психиатрия детско-родительских отношений»* подчеркивает тесную связь психического состояния матери и маленького ребенка. В процесс лечения психических расстройств ребенка раннего возраста обязательно должна вовлекаться и мать, при этом необходимо использовать методы перинатальной психотерапии.

Название *«микропсихиатрия»* (греч. mikros — малый) достаточно широко отражает возрастной диапазон маленьких пациентов. Кроме того, Г. В. Козловская считает такое наименование данного раздела оправданным в связи с тем, что многие психопатологические симптомы у детей раннего возраста представлены микросимптоматикой (1995). Это название наиболее распространено в России и в ряде зарубежных стран.

Приведенные определения не противоречат, а, скорее, дополняют друг друга. Наиболее отражающим суть и задачи данного раздела психиатрии представляется название *«перинатальная психиатрия»* (греч. peri — приставка, означающая расположение около, вокруг; лат. natus — рождение). Очевидно поэтому один из первых наиболее представительных международных конгрессов специалистов в этой области, состоявшийся в январе 1996 г. в Монте-Карло (Монако), назывался Colloque International de Psychiatrie

Perinatale. Перинатальный период следует рассматривать как начинающийся с зачатия и охватывающий весь пренатальныи период, сами роды и первые месяцы после рождения [Craig J. G., 1996]. В этом случае использование термина «перинатальная психиатрия» ориентирует врачей и психологов на исследование всего возрастного периода раннего детства, а также антенатального периода.

Перинатальная психиатрия — раздел детской психиатрии, посвященный изучению этиологии, патогенеза, клиники и распространенности, а также разработке методов диагностики, лечения, абилитации и профилактики психических расстройств детей, возникающих па самых ранних этапах онтогенеза от зачатия до первых месяцев жизни после рождения в контексте взаимодействия ребенка с матерью и ее психического состояния.

Во многом развитие микропсихиатрии было предопределено успехами детского психоанализа. Работы А. Фрейд, М. Кляйн, Д. Боулби, М. Айнсфорт, Д. Виникотта, Р. А. Спитца, С. Лебовиси и других исследователей сформировали новый взгляд на психику младенца, как на чрезвычайно сложную, тесно связанную с психикой матери систему. Это позволило на основе наблюдений за маленьким ребенком и особенностями общения с матерью и другими людьми, данных опроса родителей оценивать его психическое состояние и обнаруживать ранние признаки умственной отсталости, повышенной тревоги, депрессии, аутизма, других психических расстройств.

В России интерес к психическим нарушениям детей раннего возраста проявлялся примерно с 50-х годов XX века отдельными работами таких известных детских психиатров, как Г. Е. Сухарева (1925), Т. П. Симеон (1946), С. С. Мнухин (1958). В качестве самостоятельного раздела детской психиатрии микропсихиатрия начинает активно развиваться с 70-80-х годов благодаря трудам В.М. Башиной (1974-1993), М. Ш. Вроно (1975), Б. Е. Микиртумова (1980-2001), Л. Т. Журба (1981), Е. М. Мастюковой (1981), Г. В. Козловской (1984-2000), Ю. С. Шевченко (1984-1986), Е. И. Кириченко (1984-1988), К. С. Лебединской (1991), О. С. Никольской (1991), О. В. Баженовой (1986-1995), Г. В. Скобло (1989-1991) и многих других.

В настоящее время произошло осознание «факта ведущей роли перинатальных факторов в этиологии и патогенезе очень многих, если не большинства хронических болезней человека» [Шабалов Н. П., 1997], в том числе и нервно-психических. Многие патологические процессы, происходящие в перинатальном периоде, оставляют глубокий след и проявляются в последующей жизни, являясь основой для формирования патологии как у детей, так и у взрослых. В связи с этим несомненно, что активная профилактика нервно-психических расстройств, прежде всего, должна быть обращена к перинатальному периоду [Орловская А. А., 2001].

Многие вопросы перинатальной психиатрии остаются недостаточно разработанными. Г. В. Козловская (1995) выделяет следующие актуальные за-

— изучение риска возникновения психических расстройств у младенцев и детей младшего возраста, определение прогностической роли различных факторов для вероятности развития психических отклонений;
— создание специальных методик, позволяющих определять степени и особенности психического развития младенцев и малышей;
— уточнение дифференциально-диагностических критериев отдельных симптомов и синдромов психических нарушений;
— исследования феноменологии и квалификация психических расстройств, возникающих в младенчестве и в первые годы;
— развитие эпидемиологии психических расстройств детей раннего возраста;
— организация новых форм специализированной психиатрической помощи детям раннего возраста.

Диагностика нервно-психических расстройств в антенатальном периоде

Диагностика нарушений развития плода, приводящих к патологии центральной нервной системы, а значит к нервно-психическим расстройствам новорожденного, является важной задачей перинатальной психиатрии.

У многих беременных женщин отмечается повышенный уровень тревожности, часто связанный с опасениями рождения больного ребенка. Опасения могут быть обоснованными или надуманными. В любом случае чрезмерно повышенная тревога отрицательно сказывается на течении беременности, формирует тревожный или депрессивный варианты психологического компонента гестационной доминанты, сказывается на течении беременности, а в дальнейшем на течение родов, на формирование отношений матери и новорожденного.

Причины повышенного уровня тревожности могут быть разными. Среди них значительное место занимают разговоры со знакомыми, родственниками, рассказы о неудачных родах, прочитанные брошюры. К сожалению, нередко причиной чрезмерных опасений является ятрогения, то есть повышение тревоги вызвано неконструктивным общением беременной с медицинским персоналом.

Грамотная оценка степени риска рождения ребенка с нарушениями центральной нервной системы позволяет врачу адекватно строить работу с беременной женщиной, предупреждая развитие у нее невротических или даже психотических расстройств как в период беременности, так и после родов, а при появлении симптоматики оказывать женщинам своевременную соответствующую помощь.

Правильно оценить ситуацию может помочь сбор подробных анамнестических сведений, использование методов пренатальной диагностики.

Сбор анамнеза в антенатальном периоде. Выявление факторов риска при сборе анамнеза у беременной женщины и ее родственников имеет очень

большое значение для определения вероятности возникновения нервно-психических расстройств у новорожденного. В то же время необходимо помнить о том, что сами по себе подробные расспросы могут спровоцировать излишние опасения у беременной женщины, привести к ухудшению супружеских отношений. Так, выяснение наличия наследственной отягощенности по мужской или женской линии способны вызвать обвинения супругов друг другу в недостаточной откровенности. Задавая вопросы, врач постоянно должен помнить о возможности ятрогении, осторожно их формулировать и отслеживать реакции на них будущих родителей.

При сборе анамнеза следует интересоваться *наследственной* отягощенностью как соматическими, так и нервно-психическими заболеваниями в семьях мужчины и женщины. Если беременность не первая, необходимо поинтересоваться, сколько времени прошло после разрешения предыдущей, и как она протекала.

Необходимо выяснить состояние здоровья, возраст мужчины и женщины на момент *зачатия,* наличие у них вредных привычек. Важно уточнить, не работали ли они в это время на вредном производстве.

Если беременность планировалась, то определенный интерес могут представлять мотивы зачатия:

— с целью самоутверждения;
— с целью доказать родителям свою самостоятельность;
— с целью уйти из родительского дома;
— с целью женить на себе мужчину;
— с целью предотвратить развод;
— с целью улучшить отношения с супругом;
— с целью улучшить состояние здоровья;
— с целью получить льготы и социальные пособия;
— с целью сохранить работу;
— с целью получить богатого спонсора;
— с целью не отличаться от окружающих;
— с целью не остаться одинокой;
— с целью возместить утрату близкого человека;
— с целью мести.

Все перечисленные мотивы являются нежелательными, так как указывают на то, что собственно ребенок не ценен для родителей, а является объектом манипуляций. Часто встречаются сочетания мотивов. Наиболее конструктивным мотивом, являющимся благоприятным для супружеского холона, течения беременности, развития плода, родоразрешения, формирования системы мать-дитя, привязанности является мотив взаимной любви супругов.

Не менее важным является выяснение особенностей течения *беременности,* отношения к ней супругов. Беременность может быть:

— желанной;
— нежеланной женщиной;
— нежеланной мужчиной;

— нежеланной обоими супругами;
— нежеланной близкими родственниками;
— нежеланной родственниками, с которыми женщина вместе живет.

Нежеланная беременность, как правило, протекает на фоне сильных волнений, которые сказываются на ее течении. Также сильные переживания могут быть связанными с учебой, сдачей экзаменов, ситуацией на работе, в семье, с материально-бытовыми трудностями. Женщина могла испытывать сильные волнения, связанные с болезнью и смертью близкого человека, состоянием своего здоровья, госпитализацией.

Если беременность была нежеланной, возможно, что от нее:
— предлагал избавиться мужчина;
— думала избавиться женщина;
— оба хотели избавиться;
— советовали избавиться родственники.

При этом женщина могла продолжать работать на вредном производстве, сохранять вредные привычки, предпринимать попытки избавиться от беременности.

Следует обращать внимание на то, каким беременная женщина и ее муж видят своего ребенка. Если без видимых на то объективных причин они оба или кто-нибудь из них мечтают о ребенке только определенного пола, то это, в случае несовпадения пола новорожденного с ожиданием, может ухудшить отношения между супругами, осложнить формирование отношений в системе мать-ребенок, привязанности.

В настоящее время разработаны методы, позволяющие'диагностировать некоторые наследственные заболевания, сопровождающиеся грубыми поражениями центральной нервной системы и психическими расстройствами на ранних этапах беременности.

Пренатальная диагностика

Введение в медико-генетическую и акушерско-гинекологическую практику методов пренатальной диагностики (ПД) врожденных и наследственных заболеваний совершенно изменило значение понятия ранняя диагностика. Для большой группы заболеваний термин «ранняя» определяет установление диагноза в периоде внутриутробного развития человека.

В распоряжении врачей сейчас имеется обширный арсенал как непрямых методов, позволяющих предположить, с той или иной степенью вероятности, наличие патологии, так и прямых, непосредственно регистрирующих ряд дефектов у плода.

Основными методами прогнозирования и диагностики врожденных и наследственных заболеваний у плода являются следующие.

1. Непрямые методы.
   1.1. Медико-генетические (генеалогический, цитогенетический, молекулярно-био логический).
   1.2. Бактериологические, иммунологические, серологические.

1.3. Акушерско-гинекологические.
1.4. Биохимические (скринирующие тесты на альфа-фетопротеин, хорионический гонадотропин и др.).
2. Прямые методы.
2.1. Неинвазивные.
2.1.1. Ультразвуковое сканирование.
2.1.2. Кардиотокография.
2.1.3. Рентгенография.
2.2. Инвазивные.
2.2.1. Хорионбиопсия (срок беременности 8-10 недель).
2.2.2. Плацентоцентез (14-22 недели).
2.2.3. Амниоцентез (18-20 недель), то есть забор амниотической жидкости.
2.2.4. Кордоцентез (с 20 недель и более), то есть забор крови из пуповины плода.
2.2.5. Фетоскопия.
2.2.6. Биопсия тканей плода (кожа, мышцы, печень, селезенка и др.).

Состояние плода и будущего ребенка зависит от качества медико-генетического фона семьи, бактерио-, иммуно- и серологического статуса родителей. Примером могут служить такие заболевания, как фенилкетонурия, болезнь Дауна.

Известно, что если беременная женщина и ее супруг являются гетерозиготными носителями гена фенилкетонурии (заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования), то риск поражения плода равен 25%.

Популяционный риск рождения ребенка с болезнью Дауна у двадцатишестилетней женщины равен 0,07%. Риск повторного рождения ребенка с болезнью Дауна у женщин в возрасте до 35 лет равен уже 1%, а у женщин старше 35 лет популяционный риск рождения второго больного ребенка возрастает в два раза [Козлова С. И. и соавт., 1996].

Во всех приведенных случаях необходимо проведение пренатальной или дородовой диагностики патологии у плода.

В табл. 5 представлены показатели риска рождения больного ребенка с поражением центральной нервной системы мультифакториального генеза.

Известно, что перенесенные внутриутробно плодом инфекции проявляются в постнатальном периоде перинатальной энцефалопатией гипоксически-ишемического генеза с различной степенью поражения деятельности центральной нервной системы. Как результат этого процесса может возникнуть синдром дефицита внимания и синдром гиперактивности, которые могут купироваться после 10 лет.

В отдельных случаях при перинатальной энцефалопатии формируется детский церебральный паралич или эпилептическая болезнь, сопровождающие больного всю жизнь и приводящие к глубокой инвалидизации.

Крайне неблагоприятный прогноз для течения болезни и для жизни может быть при гемолитической болезни новорожденных (эритробластоз пло-

Таблица 5

Эмпирический риск при мультифакториальных заболеваниях
[по Козловой С. И. и соавт., 1996]

Заболевание	Дополнительные условия	Риск (%)	
		для сибсов	**для потомства**
Анэнцефалия, черепно-мозговые грыжи	После 1-го больного После 2-го больного После 3-го больного	2-5 10 15-20	
Гидроцефалия врожденная	После 1-го больного	2-3	
Микроцефалия	Спорадические случаи	2-3	
Некоторые заболевания с наследственной предрасположенностью или неясным типом наследования			
Детский церебральный паралич	В спорадических случаях при исключении родовой травмы **и** моногенных синдромов	2-3	
Эпилепсия		3-12	
Судороги в детском возрасте с летальным исходом		10	
Умственная отсталость	Тяжелые недифференцированные формы	2,5-5	
Шизофрения	— если болен один из родителей — если больны оба родителя — спорадические случаи	10	**10** **40**
Аффективные психозы		5-10	

да и новорожденных), обусловленной изосерологическим конфликтом при несовместимости крови матери и плода по резус-фактору и группе крови по АВО системе.

Скринирующие тесты беременных на содержание альфа-фетопротеина (АФП) и хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке крови способствуют выявлению групп высокого риска рождения детей с болезнью Дауна (хромосомы 21 трисомии синдром), с синдромом Эдвардса (хромосомы 18 трисомии синдром) и рядом врожденных пороков развития у плода. Описанный отечественным биохимиком Г. И. Абелевым в 1963 г. АФП является эмбрионспецифическим белком. Продуцируется он только клетками плода. Физиологическая роль АФП в крови плода соответствует физиологической роли альбумина, комплексы которого с различными катионами и анионами, липидами, углеводами, пигментами и гормонами доставляют названные элементы к органам и тканям организма. Содержание АФП в крови беременной и в околоплодных водах значительно возрастает при открытых дефек-

тах нервной трубки (анэнцефалии, spina bifida и т. д.), иногда при микро- и гидроцефалии, омфалоцеле, гастрошизисе, гидронефрозе. В отдельных случаях уровень АФП в крови беременной при болезни Дауна у плода резко снижается, механизм чего до настоящего времени остается неясным.

ХГ секретируется клетками хориона и выявляется в крови женщины с 10-12-го дня после оплодотворения. Уровень ХГ в сыворотке крови беременной при болезни Дауна у плода нередко повышается в 3 и более раз по сравнению с нормой.

С увеличением срока беременности содержание АФП и ХГ в крови беременной изменяется. Первый показатель повышается, а второй понижается. Уровень белков выражается в медианах. Это число получают путем деления величины показателя, выявленного в ходе исследования, на величину нормального уровня АФП и ХГ при данном сроке беременности и обозначенное как МоМ (multiple of medians),применяемое для сравнения результатов, полученных другими методами.

Указанные тесты наиболее информативны для выявления хромосомных болезней у плода при сроке беременности 15-19 недель [Баранов В.С., Вахарловский В. Г., Айламазян Э. К., 1994]. При совместном тестировании АФП и ХГ беременных женщин в информативные сроки возможно выявление болезни Дауна и ряда других хромосомных нарушений в 65-72% случаев [Баранов В. С, Кузнецова Т. В., Иващенко Т. Э. и соавт., 1997].

Ведущим методом прямого исследования плода является ультразвуковое сканирование беременной, позволяющее выявить до 80-98% плодов с анатомическими пороками. Обязательными сроками беременности для ультразвукового исследования является 10-11 и 19-20 недель. При первом сроке при болезни Дауна уже может быть выявлено наличие избыточной шейной складки. При последующих сроках — ряд других признаков, сигнализирующих о вероятности хромосомной болезни у плода с различной степенью риска (табл. 6).

Ранее были указаны методы, посредством которых производится забор материала плода для последующего цито- и/или молекулярно-генетического исследования. Отметим, что клетки хориона, плаценты и амниоциты околоплодных вод плодного происхождения и генотипически идентичны генотипу плода. По данным института акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН риск осложнения (в основном это выкидыши) от инвазивных процедур с трансабдоминальным вмешательством следующий: амниоцентез — 0,2%, хорионбиопсия — 1,39%, плацентоцентез — 1,49% и кордоцентез — 1,18% [Баранов В. С, 1999]. Все инвазивные манипуляции проводятся под контролем эхографии. Манипуляция заключается в аспирации ворсин хориона и клеток плаценты при помощи специального катетера или иглы. При амниоцентезе производится забор амниотической жидкости, при кордоцентезе забор пуповинной крови плода.

Проведение ПД при хромосомных болезнях у плода рекомендуется при риске наличия таковых, равном 0,5% и выше. К группе беременных высокого риска относятся не только женщины, при ультразвуковом обследовании

Таблица 6

Частота хромосомных нарушений у плодов с изолированными и множественными пороками развития, выявленными при ультразвуковом исследовани беременной

[Снайдерс Р., Николаидес К., 1997]

Аномалии у плода	п	Частота хромосомных нарушений плода в %%	
		изолированный порок развития	в сочетании с другими пороками
Вентрикуломегалия	690	**2**	**17**
Голопрозэнцефалия	94	**4**	39
Кисты сосудистых сплетений	1884	**1**	48
Киста задней черепной ямки	101	**0**	**51**
Расщелина лица	118	**0**	**51**
Микрогнатия	65	**0**	**62**
Гигрома кистозная	312	**52**	**71**
Избыточная шейная складка	371	19	**45**
Диафрагмальная грыжа	173	**2**	49
Врожденные пороки сердца	829	**16**	**66**
Атрезия двенадцатиперстной кишки	44	38	**64**
Гиперэхогенный кишечник	196	**7**	42
Омфалоцеле	495	**8**	**46**
Пороки мочевыделительной системы	1780	**3**	24
Аномальная установка стоп	127	**0**	33
Задержка внутриутробного развития	621	**4**	38

Таблица 7

Эмпирический риск при хромосомных болезнях трисомии 13, 18, 21. Суммарный популяционныи риск в зависимости от возраста матери

[Козлова С. И. и соавт., 1996]

Возраст матери (годы)	Риск (%)
<19	0,08
20-24	0,06
25-29	**0,1**
30-34	0,2
35-39	0,54
40-44	**1,6**
>45	4,2

которых выявлены различные хромосомные маркеры у плода, но и беременные в возрасте 35 лет и старше, риск у которых рождения ребенка с хромосомной патологией выше 0,5% (табл. 7).

Если после рождения ребенка клиническая картина болезни Дауна достаточно характерна, то во внутриутробном периоде клиническая симптоматика этой болезни в высшей степени полиморфна. В некоторых случаях все три теста (содержание АФП и ХГ в крови беременной, показатели ультразвукового исследования) «безмолвствуют».

В табл. 8 указаны биохимические и ультразвуковые маркеры, наличие которых является показанием для проведения ПД с применением инвазивных методов получения материала плода. При всех указанных наблюдениях при пренатальном кариотипировании плода была установлена болезнь Дауна и беременность по медико-генетическим показаниям, что было рекомендовано врачом-генетиком, была прервана.

Большинство случаев (до 85%) ПД с использованием инвазивных методов приходится на кариотипирование плода для выявления хромосомных болезней, поскольку такие заболевания встречаются чаще, чем моногенные. Следует отметить, что получение плодного материала предпочтительнее при сроке беременности 9-10 недель, чем при более поздних сроках. При выявлении у плода тяжелого инвалидизирующего некорригируемого заболевания рекомендуется прерывание беременности по медико-генетическим показаниям. До 12 недель беременности эта процедура значительно безопаснее для женщины по сравнению с прерыванием беременности во II и в III триместрах.

ПД изменила представление о ранней диагностике моногенных мутаций и позволила выявлять более 500 подобных заболеваний уже на 9-10-q неделе беременности матери. Наиболее распространенными из них и имеющими большое значение для психиатрии и неврологии являются следующие: фенилкетонурия, синдром Мартина-Белл (синдром фрагильной Х-хромосомы), хорея Гентингтона, болезнь Тея-Сакса (амавротическая идиотия), мукополисахаридозы, миотоническая дистрофия, миодистрофия Дюшенна-Беккера, спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана, атаксия Фридрейха, синдром Шарко-Мари-Тус и многие другие. Успех ПД моногенного заболевания у плода в очень большой степени зависит от точности клинического диагноза у родственника беременной, по поводу которого проводится ПД. Поэтому показано предварительное ДНК-исследование как для уточнения диагноза больного, так и подтверждения гетерозиготного носительства мутантного гена беременной, ее супруга и других членов семьи, у которых может быть риск рождения больного генной патологией, что диктует проведение ПД. Важно, чтобы идентификация мутаций и молекулярное маркирование мутантных хромосом были выполнены при наличии в семье больного ребенка для сравнения полученных данных с результатами исследования клеток плода. Отметим, что ДНК-исследования могут быть проведены с использованием клеток органов, полученных с восковых блоков и цитологических препаратов умершего больного.

Таблица 8

Клинические (косвенные) признаки синдрома Дауна у плода [Вахарловский В. Г. и соавт., 1995]

№	Возраст берем, (годы)	Срок берем, (в нед.)	Показатели материнских сывороточных маркеров				Ультразвуковые косвенные признаки болезни Дауна	Показания к ПД
			АФП		ХГ			
			нг/мл	МоМ	ед/мл	МоМ		
1	**43**	**12**	13,0	1.0	840,0	6,6	Не выявлены	— возраст, — повышение уровня ХГ
2	42	**16**	37,2	1,2	232,0	4,0	Не выявлены	— возраст, — повышение уровня ХГ
3	**39**	20	54,0	1,0	144,0	4,0	Не выявлены	— возраст, — повышение уровня ХГ
4	42	**23**	144,0	0,2	84,0	2,0	—утолщение шейной складки до 13 мм, —отставание длины бедренной кости от бипариетального размера головки плода и диаметра живота на 3 нед беременности, —атрезия двенадцатиперстной кишки, — многоводие	— возраст, — пониженный уровень АФП, —диспропорция антропометрических показателей плода, —атрезия двенадцати-перстной кишки
5	**19**	**25**	154,0	1,4	43,2	1,8	—отставание длины бедренной кости от бипариетального размера головки плода и диаметра живота на 4 нед беременности	—диспропорция антропометрических показателей плода
6	**32**	**32**	120,0	1,0	240,0	10,0	—утолщение шейной складки до 14 мм, —отставание длины бедренной кости от бипариетального размера головки плода и диаметра живота на 3 нед беременности, —атрезия двенадцатиперстной кишки	— повышение уровня ХГ, —диспропорция антропометрических показателей плода

Для ПД плода используют биоптаты хориона, плаценты, амниоциты, полученные из околоплодных вод, а также пуповинную кровь. Обследование членов семьи проводится посредством выделения ДНК из лимфоцитов периферической крови. Забор венозной крови осуществляют в пробирку с антикоагулянтом, предпочтительно с глюгициром.

Молекулярно-генетические исследования по поводу фенилкетонурии, что важно для детских психиатров, могут быть выполнены с использованием капли крови из пальца, нанесенной на фильтровальную бумагу и высушенной на воздухе. Пятно крови должно быть размером не более 1 см в диаметре. Сухой образец крови хранится годами и может быть послан по почте в медико-генетическую лабораторию, в которой проводят ДНК-исследования по молекулярной диагностике фенилкетонурии. Практически каждая семья, в которой есть один больной фенилкетонурией, должна пройти молекулярное обследование. При планировании расширения семьи родители должны знать о возможности ПД этого тяжелого заболевания.

Таким образом, основными показаниями к проведению инвазивных методов ПД являются следующие:

— возраст беременной 35 лет и старше;
— наличие в семье ребенка или плода от предыдущей беременности с болезнью Дауна или другими хромосомными болезнями;
— семейное носительство хромосомных перестроек;
— моногенные заболевания, ранее диагностированные в семье.

В заключение следует подчеркнуть, что в настоящее время есть все условия для установления диагноза многих заболеваний центральной нервной системы, включая хромосомные и ряд моногенных, еще в периоде внутриутробного развития ребенка. ПД является одной из важнейших служб медицинской генетики, пересекающихся с неврологией, психиатрией и другими клиническими областями медицины. Эффективность работы этих служб и профилактика ряда тяжелых инвалидизирующих состояний больных зависит от активности, эрудиции и ответственности врачей, непосредственно работающих с больными.

Диагностика нервно-психических расстройств в раннем постнатальном периоде

Первичная консультация психиатром, психотерапевтом, психологом ребенка раннего возраста осуществляется на дому, на амбулаторном приеме или при поступлении в стационар.

Желательно, чтобы во время беседы врача с матерью отец (или иное лицо, осуществляющее уход за ребенком: бабушка, няня и т. п.) вместе с пациентом находился в другом помещении, оборудованном и приспособленном для игры. При этом врач получает возможность без помех выяснить основные жалобы и с их учетом прицельно собрать анамнестические сведения. После

беседы мать возвращается к ребенку, а врач имеет возможность наблюдать за тем, как он реагирует на ее приход, как они общаются. Далее анамнестические сведения могут быть уточнены у отца, в то время как мать остается с малышом, играя с ним.

Сбор анамнестических сведений в отсутствии ребенка принципиально важен. Во-первых, малыш не мешает беседе и не отвлекает врача и родителей. Во-вторых, ребенок не чувствует себя забытым, не испытывает в связи с этим отрицательных эмоций, способных затруднить дальнейший с ним контакт. В-третьих, врач может уточнить разницу представлений родителей о проблеме ребенка. В-четвертых, ребенок получает возможность адаптироваться в новой обстановке. Кроме того, нужно учитывать, что ребенок старше 2,5-3 лет уже способен частично воспринимать содержание беседы родителей с врачом, получая информацию, которая может вызывать у него тревогу.

При сборе анамнеза помимо указанных в предыдущем разделе сведений о наследственной предрасположенности, возрасте родителей, состоянии их здоровья, об условиях проживания и работы (учебы), мотивах и условиях зачатия, желательности беременности, об условиях, в которых она протекала, о наличии патологии беременности и т. п., необходимо уделять внимание особенностям течения родов, послеродового периода, состоянию здоровья матери и ребенка после родов.

Проведенные в 1970-х годах исследования американских педиатров М. Клауса (М. Klaus) и Д. Кеннелла (J. Kennel 1) показали связь успешного развития ребенка с непосредственным телесным контактом его с матерью сразу же после родов, а также с их дальнейшим совместным пребыванием. Поэтому при сборе анамнеза важно расспросить об условиях первых часов, дней, месяцев жизни малыша и матери, о его дальнейшем развитии.

Нужно расспросить о составе семьи, внутрисемейных отношениях, об условиях жизни. Для понимания возникновения проблем у ребенка определенное значение может иметь информация об особенностях развития самих родителей, их воспитании, стиле жизни.

При оценке психического состояния ребенка обязательно следует учитывать психическое состояние его матери, от которого оно так зависит. М. П. Гин [Gean M. P., 1994] подчеркивает, что обследование маленького ребенка следует проводить в оптимальное для него время, то есть не тогда, когда в соответствии с его режимом он голоден или должен спать. В противном случае результаты обследования могут быть искажены. Я. Кох [Koch J., 1961] считает, что ребенок 6 месяцев в период бодрствования бывает примерно 20-30 минут в благоприятном для обследования состоянии; во втором полугодии - приблизительно 40-90 минут, на втором году жизни — около двух часов, на третьем году — приблизительно два с половиной часа.

Сложности обследования маленького ребенка заключаются в затрудненности или полном отсутствии вербального контакта, в ограниченных возможностях применения игр. Обследование ребенка проводится в присутствии родителей (или одного из них) после того, как малыш освоился в незнакомой обстановке. Родители должны помочь ему в этом. Врач наблюдает за

их взаимодействием, направляя его соответствующими возрасту ребенка наводящими вопросами и заданиями (например: «Попросите ребенка показать глазки», «Поиграйте с ним в ладушки» и т. п.). Постепенно врач сам устанавливает контакт с пациентом, включается в игру. В ряде случаев, когда ребенку не удается освоиться в обстановке приема и контакт с ним неудовлетворительный, следует считаться не с полученными в результате обследования результатами, а с тем, что рассказывает о ребенке мать.

Детскому психиатру, психотерапевту довольно часто приходится на приеме встречаться с излишне амбициозными родителями, которые считают, что их ребенок отстает в развитии, хотя на самом деле этого нет. В то же время, незнание нормы и ранних проявлений общего психического недоразвития нередко приводит к тому, что родители не замечают (или не хотят замечать!) нарушений психического развития ребенка.

Родители могут испытывать дискомфорт при расширении двигательных возможностей ребенка, предъявлять необоснованные жалобы. В качестве примера можно привести следующий случай.

Родители десятимесячного Андрюши К. обратились к врачу с жалобами на «гиперактивность» ребенка. Во время беседы и при обследовании мальчика не было выявлено каких-либо отклонений. За «гиперактивность» родители принимали появившуюся у ребенка новую способность быстро ползать.

Ребенок может быть еще совсем мал, а нервно-психические расстройства у лее могут проявиться. Чтобы заметить их, необходимо знать закономерности нервно-психического развития.

Оценить поведение младенца и ребенка раннего возраста можно, сравнивая его с нормативами, приведенными в руководстве по клинической психиатрии Г. И. Каплана (H. I. Kaplan) и Б. Д. Садока [Sadock B. J., 1996] (табл. 9).

У детей в возрасте от 0 до 3 лет центральная нервная система еще недостаточно дифференцирована. Вот почему на разные вредности ребенок реагирует одинаково общим возбуждением, движениями, нарушениями пищеварительного тракта, сна и т. п. Нередко признаками нервно-психических расстройств могут служить монотонный плач, расстройства сна, пищеварения. В связи с этим информация, касающаяся особенностей его сна, питания, навыков опрятности, игровой активности может оказаться весьма ценной.

Важным показателем психического здоровья ребенка являются особенности его взаимодействия с другими людьми. Если малыш не стремится к общению, слабо реагирует на «заигрывания» с ним, совсем не просится к матери и к другим близким на руки, а при попытке взять его пассивен как мягкая игрушка, то это может свидетельствовать о нервно-психическом расстройстве.

Еще в возрасте до года ребенок умеет определять такое расстояние до матери, на котором он способен дать ей знак о своих потребностях хныканьем и получить помощь, то есть расстояние, на котором он находится в состоянии относительной безопасности.

Если мать оказывается или кажется ребенку недоступной, активизируется деятельность малыша, направленная на восстановление близости. Страх

Таблица 9

Развитие поведения младенцев и детей раннего возраста

Возраст	**Моторное и сенсорное поведение**	**Адаптивное поведение**	**Личностное и социальное поведение**
1	2	3	4
0-4 нед	Вызываются рефлексы Бабкина, хватательный рефлекс, хоботковый рефлекс, рефлекс Моро, сосательный рефлекс, рефлекс Бабинского. Различает звуки(ориентация на голос). Различает сладкий и кислый вкус. Фиксирует взгляд на предметах, следит за ними. Поворачивает голову в наклонном положении. Предпринимает первые попытки ползти	На 4-й день уже ожидает начала кормления. Реагирует на звук погремушки Периодически наблюдает за движущимися объектами	В первые часы жизни появляется реакция на лицо и голос матери. Самопроизвольно улыбается. Прекращает плакать на руках у взрослых. Лицо невыразительно. Играет независимо (до 2 лет)
С 4 до 16 нед	Доминируют позы, связанные с шейным тоническим рефлексом. Сжимает кулачки. Способен удерживать голову вертикально в течение нескольких секунд. Зрительная фиксация, стереоскопическое зрение (с 12 недель)	Следит за движущимся предметом до середины траектории его движения. Не проявляет интереса к попавшим в руки предметам и бросает их	Узнает лица. Реагирует на речь. Улыбается (преимущественно матери)
С4до 7мес	Доминируют симметричные позы. Удерживает голову в равновесии. Поднимает голову на 90° от предплечья держащего его взрослого. Способен к зрительной аккомодации	Может следить за медленно движущимся предметом.Тянет руки к висящему предмету	Спонтанная улыбка как реакция на общение. Реагирует на необычные ситуации
С 7 до 10 мес	Сидит устойчиво, наклоняется вперед, придерживаясь руками. В положении стоя активно прыгает	Тянется одной рукой и хватает игрушку. Стукает и трясет погремушку. Передает игрушки	Берет палец ноги в рот. Интересуется отображением в зеркале, хлопает по нему рукой. Подражает движениям матери

Продолжение табл. 9

1	2	3	4
С 10 до 13 мес	Самостоятельно сидит, обладает хорошей координацией. Самостоятельно ползает. Встает и стоит без опоры. Показывает указательным пальцем	Подбирает парные предметы. Рисует каракули	Проявляет тревогу при разлуке с матерью. Участвует в социальных играх типа «ладушки» и «прятки». Может самостоятельно есть печенье и держать в руках бутылочку
С 13 до 15 мес	Самостоятельно стоит. Ходит, держась за руку	Интересуется новым	Помогает при одевании. Произносит отдельные слова (словарный запас около 10 слов)
С15 до 18 мес	Учится ходить самостоятельно. Карабкается по ступенькам	Интересуется новым	Выражает свои желания голосом или жестами. Бросает предметы во время игры
С18 мес до 2 лет	Скоординированная ходьба, редкие падения. С силой бросает мяч. Поднимается по лестнице, держась за руку	Строит башенку из 3 или 4 кубиков. Делает произвольные рисунки и имитирует штрихами письмо	Проявляет стремление есть самостоятельно. Возит игрушки на веревочке. Носит и обнимает любимую игрушку. Имитирует некоторые модели поведения
С2 **До** 3 лет	Бегает, не падая. Ударяет ногой большой мяч. Самостоятельно поднимается и спускается по лестнице. Совершенствует навыки точных движений	Строит башенку из 6 или 7 кубиков. Выстраивает кубики в ряд, имитируя поезд. Имитирует круговые и вертикальные штрихи. Появляются элементы нестандартного поведения	Надевает простую одежду. Имитирует сцены, происходящие в семье. Ассоциирует себя с собственным именем. Говорит «нет» матери, тревога, связанная с ее уходом, выражена слабее. Проявления любви или протеста более внятны. Играет рядом с другими детьми, но не взаимодействует с ними (параллельная игра)

Окончание табл. 9

1	2	3	4
С3 до 4 лет	Катается на трехколесном велосипеде. Прыгает с нижних ступенек лестницы. Меняет ноги, поднимаясь по лестнице	Строит башенку из 9 или 10 кубиков. Строит мост из 3 кубиков. Копирует круг и крест	Надевает ботинки. Расстегивает пуговицы. Самостоятельно справляется с приемом пищи. Понимает, что нужно дождаться своей очереди
С 4 **до** 5 лет	Спускается по лестнице через ступеньку. Стоит на одной ноге 4-8 секунд	Повторяет 4 цифры. Перечисляет 3 предмета, правильно указывая на них	Умывается и вытирает лицо. Чистит зубы. Играет, взаимодействуя с другими детьми (ассоциативная или общая игра)
С 5 до 6 лет	Подпрыгивает, меняя ноги. Обычно полностью контролирует сфинктеры (умеет пользоваться туалетом). Совершенствуются навыки точных движений	Копирует квадрат. Рисует узнаваемого человека с головой, туловищем, конечностями. Точно перечисляет 10 объектов	Одевается и раздевается самостоятельно. Может написать несколько букв. Играет в спортивные, состязательные игры. Завязывает шнурки
В 6 лет	Катается на двухколесном велосипеде	Пишет собственное имя. Копирует треугольник	Завязывает шнурки

потерять мать может вызывать панику. Если потребность в близости часто не удовлетворяется, то и в присутствии матери ребенок перестает чувствовать себя в безопасности. Только при развитом чувстве безопасности ребенок постепенно увеличивает расстояние, на которое спокойно отпускает мать (см. эксперимент M. Ainsworth в разделе перинатальная психология).

Помимо клинических методов включенного наблюдения, общения с ребенком для определения уровня его психического развития и отклонений в психической сфере используют психологические методики. До сих пор находят свое применение тест развития А. Гезелла [Gesell A., 1947] и шкала развития Брюне-Лезин [Вшпе О., Lezin С, 1951].

Тест развития А. Гезелла был разработан с целью диагностики развития моторики, речи, адаптивного поведения, социального поведения и эмоциональной сферы детей с рождения до 6 лет. При обследовании отмечаются спонтанные и вызванные реакции ребенка на стимулы и определенные ситуации.

Шкала развития Брюне-Лезин является результатом развития идей А. Гизелла и Ш. Бюллер. Она позволяет диагностировать уровни развития мо-

торики, речи, социального поведения, адаптивности и координации детей с рождения до трех лет. Шкала состоит из серии стандартных стимулов и описаний спонтанного поведения. При обследовании ребенка делаются наблюдения за его поведением в установленных ситуациях и оцениваются его реакции на стандартные стимулы.

При необходимости скринингового исследования чаще всего пользуются Денверовским Скрининговым тестом (DDST), разработанным Д. Б. Доддсом (J. B. Dodds) и В. К. Франкенбургом (W. K. Frankenburg). Тест содержит 4 шкалы: общая моторика, мелкая моторика, речь и социальная адаптация. Его применение позволяет быстро выявить детей, имеющих предположительно задержку психического развития.

Большинство исследователей, занимающихся проблемами развития детей раннего возраста, используют методику Н. Бейли [Bayley N., 1935]. Н. Бэйли при создании своей методики включила в нее задания, разработанные другими авторами, в том числе и видным российским детским психиатром Н. И. Озерецким (1928).

Шкала развития младенцев Н. Бейли позволяет определять текущий уровень развития младенцев от рождения до 2,5 лет жизни. Шкала состоит из трех частей:

1. Умственная шкала (mental scale) — представлена набором тестов, позволяющих оценить начало речевого развития, функцию памяти, сенсорно-перцептивные способности, способности к решению проблем и обучению и др. Результатом измерения является показатель умственного развития (MDI).
2. Моторная шкала (motor scale) позволяет измерить координированность движений тела, тонкой моторики и определить показатель психомоторного развития (PDI).
3. Поведенческая шкала (the infant behavior record), предназначенная для оценки интересов, эмоций, активности, поиска стимуляции или ее избегания, определяющих ориентацию ребенка в окружающем мире и степень социальной адаптации (IBR).

В России Г. В. Козловская (1995) разработала оригинальную клинико-психологическую методику оценки психического здоровья детей первых лет жизни (график нервно-психического обследования младенца и малыша — методика «ГНОМ»). С помощью этой методики можно определить коэффициент психического развития (КПР) ребенка раннего возраста.

Нервно-психические расстройства детей раннего возраста

Многие нервно-психические нарушения, отмечающиеся у детей на ранних этапах онтогенеза, являются аналогами клинических проявлений расстройств, характерных для других, более поздних возрастных периодов [Козловская Г. В., 1995].

Уже в неонатальном периоде и позже можно выявлять невротические реакции, депрессивные расстройства, тяжелые степени общего психического недоразвития, диагностировать наследственные заболевания, сопровождающиеся психическими расстройствами, к первому году жизни можно поставить диагноз РДА, тяжелую степень общего психического недоразвития. К возрасту 2 лет с уверенностью можно диагностировать шизофрению, средние формы слабоумия.

Особенности психических расстройств в раннем детском возрасте [Козловская Г. В., 1995].

1. Зависимость их тяжести и течения от особенностей отношений, сложившихся в системе «мать-дитя», от психического состояния матери.
2. Необходимость включения в лечебный процесс методов перинатальной психотерапии, направленной как на ребенка, так и на его мать.
3. Их частое сочетание с неврологической патологией.
4. Мозаичность клинической картины.
5. Сочетание психопатологических симптомов с различными симптомами, отражающими нарушения развития.
6. Сочетание негативной и позитивной психопатологической симптоматики.
7. Рудиментарность психопатологической симптоматики.
8. Транзиторность многих психопатологических проявлений.
9. Быстрота переходов пограничных нарушений на психотический уровень.
10. Полиморфизм проявлений.
11. Регресс или диссоциация психических функций на фоне психического расстройства.
12. Соматопсихический антагонизм (уменьшение выраженности психических нарушений при остром соматическом заболевании).

Врачей должны настораживать как задержка психического развития ребенка, так и слишком выраженное опережение им сверстников в психическом развитии, особенно если интересы ребенка приобретают одностороннюю направленность.

Клинические проявления нервно-психических расстройств у детей младенческого и раннего возраста

Гиперкинетическое расстройство представлено в МКБ-10 под шифром F90. Первые симптомы можно обнаружить уже на первом году жизни, хотя распознать гиперкинетическое расстройство бывает трудно вследствие разнообразия вариантов нормы. У мальчиков оно встречается чаще, чем у девочек. Конституциональный фактор является ведущим в его происхождении (подробнее об этом см. гл. 13).

Невропатия часто развивается на фоне резидуально-органических поражений центральной нервной системы. Определенную роль в ее развитии также играет конституциональная предрасположенность. Проявления невропатии связаны, прежде всего, с недостаточностью вегетативной нервной системы.

Дети-невропаты, как правило, изящны, худы, очень подвижны, ловки и музыкальны. Часто они опережают своих сверстников в психическом развитии, быстрее начинают говорить. Такие дети чрезмерно любопытны и подвижны. Внимание у них неустойчиво, эмоции очень лабильны: переходы от слез и рыданий к безудержному смеху мгновенны. А вот успокоиться им бывает сложно. Все эмоции чересчур. В связи с этим они часто конфликтуют со сверстниками, среди взрослых слывут непослушными. У детей часты нарушения желудочно-кишечного тракта (расстройства аппетита, тошнота, рвота, неустойчивый стул), повышенная потливость, кожные высыпания. Повышенная активность детей-невропатов приводит к тому, что они настолько устают за день, что не имеют сил на то, чтобы угомониться и заснуть. Уложить их спать — целая проблема. Часами родители сидят у кроватки, похлопывая, поглаживая ребенка, а то и укачивая на руках. Кажется, что малыш уже заснул, но стоит родителю с облегчением вздохнуть и попробовать уйти, как он снова слышит требовательный оклик или плач. Сон невропатов очень чуток!

Важно иметь в виду, что у этих детей часто отмечаются парадоксальные реакции на прием лекарств: успокаивающие препараты могут их возбуждать и наоборот.

Дети-невропаты трудно лечатся, но с возрастом при правильном воспитании, учитывающем их особенности, они выравниваются. При общении с любыми детьми, а с невропатами особенно, важно помнить, что они очень чувствительны к эмоциям окружающих. Родителям необходимо научиться «заражать» детей своей уравновешенностью, спокойствием. К сожалению, как правило, наоборот дети «заражают» своим возбуждением. При невропатии у детей часто отмечаются нарушения пищевого поведения.

Расстройства питания в младенчестве и детстве, представленные в МКБ-10 под шифром F98.2, весьма разнообразны. К ним относятся наблюдаемые не менее 1 месяца резкое снижение аппетита, чрезмерная привередливость в пище (при умелом и правильном кормлении и отсутствии органического заболевания), постоянные срыгивания. При наличии подобных нарушений ребенок мало прибавляет в массе тела или даже теряет ее.

Также к нарушениям питания раннего детского возраста относят так называемый *симптом пика* (лат. pica — сорока), или *поедание несъедобного в младенчестве и детстве* (шифр F98.3), характеризующийся стойким (не реже 1 раза в месяц) стремлением детей есть землю, вату, пластилин и т. п. При этом ребенок не страдает аутизмом, слабоумием, Часто поедание несъедобного отмечается у детей, воспитывающихся по типу гипопротекции. Улучшение ухода за ребенком, коррекция воспитания, как правило, приводят к исчезновению симптоматики. Если этого не происходит, то велика вероятность, что симптом является проявлением серьезного психического расстройства.

В МКБ-10 выделяется специфическое для младенцев и детей раннего возраста *«реактивное расстройство привязанности детского возраста»* (шифр F94.1). Возникает оно при воспитании ребенка по типу гипопротекции, характеризующегося неадекватной заботой о ребенке, а нередко пренеб-

режением, жестоким обращением с ним. В результате дети становятся тревожными. Нарушается их общение с окружающими. Они либо лежат на полу, свернувшись калачиком, ни на кого не обращая внимания, не реагируя на попытки вступить в контакт, либо без видимой причины проявляют агрессию. В то же время такие дети имеют нормальную способность к социальному взаимодействию, проявляемую при изменении типа воспитания, при помещении ребенка в благоприятную среду. У детей с реактивным расстройством привязанности нередко наблюдается задержка речевого и физического развития, являющаяся преходящей.

«Расторможенное расстройство привязанности детского возраста» (шифр F94.2) может появляться уже у годовалых детей и даже раньше. Чаще всего оно развивается у детей, с младенческого возраста воспитываемых вне семьи в детских учреждениях и лишенных возможности формировать избирательные привязанности.

Расстройство проявляется в виде неразборчиво дружелюбного, прилипчивого поведения, недифференцированной претензии на хорошее к себе отношение, желания все время обращать на себя внимание. При этом отмечаются трудности в установлении отношений со сверстниками, эмоциональная неадекватность.

Проявления расторможенного расстройства привязанности у детей раннего возраста довольно стойки и с трудом поддаются коррекции даже при благоприятном изменении окружающей обстановки (например, при удачном усыновлении).

Расстройства привязанности детского возраста нередко сопровождаются невротическими реакциями.

Невротические расстройства (см. гл. 14) могут появиться уже у детей 3-4 месяцев жизни [Исаев Д. Н., 2001]. У детей младенческого и раннего возраста можно говорить лишь о невротических реакциях, то есть кратковременных преходящих невротических расстройствах различного типа. Невротическое состояние, а тем более невротическое развитие личности возникают в более старшем возрасте и часто формируются на фоне невротических реакций, отмечающихся в раннем онтогенезе.

Наиболее часто встречающиеся причины невротических расстройств — неправильное воспитание, уход, психотравмирующие ситуации (в семье, в яслях). Нередко малыши индуцируют невротическую симптоматику взрослых, с которыми общаются, особенно матерей.

Диагностика невротических реакций у детей раннего возраста очень трудна. Невротические реакции позволяют малышам адаптироваться в сложной ситуации, но эта адаптация не рациональна.

Невротические реакции по астеническому типу связаны с переутомлением центральной нервной системы, постоянно испытывающей перегрузки. Возникают они в тех случаях, когда к ребенку предъявляют требования, которые он не в силах выполнить. Для родителей таких детей характерна повышенная амбициозность. Они не понимают потребностей ребенка или не считаются с ними.

Развитию невротических реакций по астеническому типу также может способствовать повышенная внушаемость родителей, их тревожность и связанные с этим чрезмерно скрупулезные выполнения режимных моментов, рекомендаций кормления. При этом мать может не обращать внимания на голодный плач ребенка, так как не пришло время кормления, предусмотренное в режиме.

Чрезмерным испытанием для ребенка, приводящим к невротическим астеническим реакциям, может явиться постоянная смена лиц, ухаживающих за ним, чрезмерная стимуляция сенсорных систем и т. п. Часто невротические астенические реакции проявляется у детей в ситуации, когда жизнь резко меняется и предъявляет новые требования. Нередко это может быть поступление в детские ясли, проведение лета без родителей за городом и т. п.

Дети с невротическими реакциями по астеническому типу характеризуются повышенной утомляемостью, сниженным настроением, плаксивостью, более выраженными к вечеру. Аппетит у них плохой. У детей 2-3 лет могут появиться элементы заикания. Вечером они долго не могут заснуть. Во время сна периоды частых пробуждений и кошмарных сновидений сменяются периодами очень глубокого сна, во время которого ребенок не чувствует позывов к мочеиспусканию. Так у детей с уже сформированными навыками опрятности может появиться энурез. Среди невротических астенических проявлений особое место занимают различные соматовегетативные нарушения.

Постоянные перегрузки центральной нервной системы сказываются и на работе иммунной системы, что объясняет склонность таких детей к частым простудным и иным заболеваниям.

Невротические реакции по истерическому типу часто возникают у детей раннего возраста, являющихся «кумиром семьи», которые растут в условиях потворствующей гиперопеки [Гарбузов В. И., 1974; Захаров А. И., 1982; Эйдемиллер Э. Г., 1996]. Их балуют. Любые их желания выполняются, причем в большей степени те, которые родители проецируют и приписывают собственным детям. Истерические реакции возникают, когда с них начинают что-то требовать или в чем-то им отказывают. При этом ребенок начинает орать, размахивает руками и ногами, бросается на пол. Никакие уговоры на него не действуют. Если удовлетворить его требование, ребенок мгновенно успокаивается. Таким образом, мать дает ребенку понять, как он может добиться желаемого, и в аналогичных ситуациях истерические реакции повторяются. Истерическая симптоматика может быть весьма полиморфной. Объединяет разнообразные симптомы лишь то, что они выгодны ребенку и помогают решать некие проблемы, не делать того, чего не хочется.

Навязчивые невротические реакции связаны, прежде всего, с повышенной тревожностью детей. Уровень тревоги у них высок всегда, но возрастает в ситуациях, предвидеть исход которых сложно, а также в незнакомой обстановке. Часто такой невроз развивается у детей, воспитание которых носит противоречивый характер. За один и тот же поступок он может получить

наказание или поощрение, в зависимости от настроения взрослого. При этом ребенку трудно выработать стереотипы поведения. Он не может понять, что одобряют, а что нет значимые взрослые.

Повышенная тревога у детей часто бывает в проблемных семьях. Например, если в семье кто-то очень серьезно болен, или родители находятся в процессе развода, но скрывают это от ребенка, поддерживая между собой вполне корректные отношения. В подобных случаях ребенок чувствует гнетущую атмосферу в семье, тревожится за будущее благополучие семьи и свое собственное.

Иногда, чтобы справиться с тревогой, ребенок на бессознательном уровне формирует ритуалы, смысла которых не понимает сам и не может объяснить взрослым.

Ритуалы могут быть связаны с агрессией, направленной на себя (аутоагрессия). К ним относятся: грызение ногтей, покручивание и выдергивание волос, обдирание заусениц, расцарапывание и расчесывание кожи, покусывания губ, легкие и не очень удары, наносимые себе, и тому подобные действия. Таким образом, ребенок как бы заранее наказывает себя.

Другие ритуалы можно связать с попытками больных противостоять тревоге, демонстрируя свою силу. Дети бессознательно пытаются отпугнуть опасность, побороть ее. К таким ритуалам относятся навязчивые сплевывания, отмахивания, подергивания головой, постукивания по предметам и т. п.

Следующую группу ритуалов объединяют попытки больного вытеснить тревогу, вызывая у себя приятные эмоции. К ним относятся навязчивые облизывание губ, сосание пальца, языка, угла подушки, ковыряние в носу, стимуляция эрогенных зон и другие действия.

Нередко именно ритуалы помогают больным справиться с навязчивыми идеями или страхами. Навязчивые страхи очень разнообразны. А. И. Захаров (1998) считает, что некоторые из них (страх темноты, страх одиночества, страх замкнутого пространства) могут быть связаны с тревогой, испытанной ребенком еще в период внутриутробного развития и в процессе родов.

Аффективные расстройства в младенческом возрасте представлены двумя типами депрессий: младенческой и анаклитической.

Младенческая депрессия возникает сразу же после родов или в течение первого месяца жизни. Причинами ее служат осложнения течения беременности и родов. Также младенческая депрессия возникает при неблагоприятном формировании отношений в системе «мать-дитя». Этому может способствовать осознаваемое или неосознанное непринятие ребенка матерью, ее неуверенность в своих силах, высокая тревога, супружеская дисгармония и т. п. Все это может привести к развитию невротической депрессии, отмечаемой по данным разных авторов в первые две недели после родов у 15-50% женщин. Как правило, это транзиторный синдром невротической депрессии, известный в англоязычной литературе под названием «blues» (синдром «грусти рожениц») [Yalot I. D., 1968; Щеголева И. Ю., 2000]. Его характерными чертами являются слезливость, чувства тревоги, необъяснимой печали, нарушения сна. Болезненные симптомы возникают сразу после родов, достигают макси-

мума на 3-7-й день. Новорожденные дети очень чувствительны к эмоциям матери и индуцируют их.

Не менее важной причиной возникновения младенческой депрессии может служить дефицит эмоциональных связей ребенка и матери, связанный с ее занятостью (учеба, работа).

Младенческая депрессия характеризуется невозможностью ребенка достичь состояния комфорта. На его лице постоянная гримаса недовольства, он постоянно кричит. Ему никак не занять удобного положения на руках матери, он тянется к ее груди, но тут же ее выплевывает. Для того чтобы малыш уснул, его необходимо подолгу качать на руках. Сон беспокоен, чуток (так называемый «сон волка»). Он сопровождается вскриками, плачем, частыми (до 30 раз за ночь) пробуждениями [Козловская Г. В., 1999]. У таких детей выражены соматовегетативные нарушения: срыгивания, неустойчивый стул, подъемы температуры без видимой причины, опрелости и высыпания на коже.

В среднем младенческая депрессия длится около 1-1,5 месяцев. Младенческая депрессия — показатель нарушения отношений в системе «мать-дитя», чреватого в будущем аффективными расстройствами и у ребенка, и у матери. В связи с этим при ее выявлении у ребенка совершенно необходима психотерапевтическая помощь матери, а часто — семейная психотерапия.

Анаклитическая депрессия (греч. ana — приставка, означающая противоположное действие; klino — наклоняться) описана впервые R. A. Spitz и A. Wolf (1946) у новорожденных и грудных детей, изолированных по какой-либо причине от матери, и не получивших ее полноценной замены. Чем эмоциональнее и интенсивнее были отношения младенца с матерью, тем вероятнее развитие анаклитической депрессии при их утрате.

На первом месяце после разлуки с заботливой матерью возникает субдепрессивная симптоматика: ребенок становится грустным, плаксивым, менее активным, у него снижается аппетит, нарушается сон. Постепенно раздражительность и плаксивость нарастает, общение с окружающими, игрушки перестают интересовать. Через 1,5—2 месяца отмечается развернутая депрессивная симптоматика: малыш перестает плакать, отказывается вставать с постели, может часами неподвижно лежать на животе или в позе эмбриона с открытыми глазами, не обращая внимания на окружающее. Выражение лица ребенка безучастно, установить с ним контакт нелегко. Иногда возникает «аутоэротическая активность» [Langmeier J., Matejcek Zd., 1984]. Появляются соматовегетативные дисфункции: диспептические явления, потеря в массе тела, эпизодические подъемы температуры тела, кожные высыпания. У детей повышается восприимчивость к инфекциям, они часто болеют, причем, как правило, заболевания принимают затяжное течение. При возвращении матери симптоматика анаклитической депрессии постепенно редуцируется.

Анаклитическая депрессия встречается и у детей старше 1 года. Примером может служить следующий случай.

Пример. Ваня К. воспитывался по типу «кумира» в полной благополучной семье. В 2,5 года родители отдали ребенка в детский сад. На первой же неделе у мальчика возникла кишечная дисфункция, в связи с чем он был госпитализирован в инфекционную больницу для обследования и лечения и помещен в изолированный бокс. В течение двух недель родителям не разрешали видеться с ним. После выписки они были вынуждены обратиться к детскому психиатру, так как ребенок, вопреки ожиданиям, при встрече не бросился к ним. Он почти не обращал на них внимания, на вопросы либо не отвечал совсем, либо ограничивался отдельными словами или жестами, мало интересовался игрушками. Ваня утратил хорошо сформированные до госпитализации навыки опрятности, периодически начинал онанировать, чего раньше не отмечалось.

Лечение нервно-психических расстройств у детей младенческого и раннего возраста

Медикаментозное лечение детей младенческого и раннего возраста, как правило, не показано, а работа с родителями совершенно необходима.

К сожалению, родители детей о причине расстройства не задумываются, а стараются все свои усилия направить на купирование именно симптомов (обидчивости, плаксивости, тревоги, страха, нарушений сна, тикОв, недержания мочи, недержания кала, грызения ногтей, онанизма и тому подобных). Мероприятия, направленные лишь на борьбу с симптомом, как правило, безуспешны. Если все же и удается с ним справиться, то часто через некоторое время он возвращается вновь в прежней или измененной форме.

При реакциях по астеническому типу необходимо снизить уровень притязаний родителей к ребенку, изменить ситуацию. Профилактика их возникновения — понимание и уважение ребенка, признание его прав на отдых, организацию досуга, а также знание его возможностей, организация оптимального, а не изнуряющего ритма работы.

При невротических реакциях по истерическому типу важно, чтобы ребенок не получал положительного подкрепления при их возникновении.

Справиться с навязчивыми невротическими реакциями можно только выявив причину тревоги и по возможности устранив ее. Борьба с симптомом без понимания его происхождения и сути редко приводит к положительному результату, а иногда ухудшает состояние пациента. Например, когда мать постоянно одергивает ребенка, грызущего ногти, тревога у него возрастает, самооценка снижается. Шансов справиться с «вредной привычкой» при таком подходе почти нет.

Таким образом, при лечении невротических реакций особое значение приобретает не симптоматический (борьба с симптомом), а этиопатогенетический (выявление и устранение причины) подход.

М. П. Гин [Gean M. P., 1994] при выявлении нервно-психических расстройств у детей раннего возраста описывает следующие формы возможного терапевтического вмешательства:

1. Формы непосредственного воздействия на ребенка:

— индивидуальная психотерапия;
— индивидуальное или групповое когнитивное или сенсомоторное стимулирование;
— дневной уход за ребенком;
— госпитализация;
— помещение в воспитательное учреждение.

2. Формы опосредованного (через родителей) вмешательства:
— индивидуальное или групповое обучение родителей, руководство ими;
— психиатрическое лечение родителей;
— проведение организационных и защитных мероприятий.

3. Формы дуалистического (родитель-ребенок) воздействия:
— лечение семьи;
— лечение по дневным программам с участием родителей;
— обследование родителей, детей в комплексе, ролевое моделирование, моделирование с использованием видеоприемов обратной связи;
— организация лечения по месту жительства семьи.

Таким образом, большую роль в перинатальной терапии играют работа с семьей и психотерапия.

Контрольные вопросы

1. Что такое перинатология?
2. Что изучает перинатальная психология?
3. Что такое психологический компонент гестационной доминанты?
4. Что изучает перинатальная психиатрия.-'
5. Какие существуют особенности психических расстройств у детей раннего возраста?
6. Какие есть формы терапии детей раннего возраста с психическими расстройствами?

Список рекомендуемой литературы

/. *Винникотт Д. В.* (Winnicott D.W.) Маленькие дети и их матери (пер. с англ). — М.: Независимая фирма «Класс», 1998.

2. *Гроф С.* (Grof St.) За пределами мозга (пер. с англ.). — М.: изд. Трансперсонального института, 1993. — 504 с.

3- *Добряков И. В.* Как родить здорового ребенка: Руководство для будущих родителей (взгляд психотерапевта). — 2-е изд. — СПб.: Нева; М.: Олма-Пресс образование, 2003. — 128 с.

4. *Микиртумов Б. Е., Кощавцев А. Г., Гречапый С. В.* Клиническая психиатрия раннего детского возраста. — СПб.: Питер, 2001. — 256 с.

5. *Мухамедрахимов Р. Ж.* Мать и дитя: психологическое взаимодействие. - СПб.: Изд-во СпбГУ, 1999. - 288 с.

6. Психика и роды / Под ред. Э. К. Айламазяна. — СПб.: АОЗТ «Яблочко СО», 1996.

7. *Филиппова Г. Г.* Психология материнства и ранний онтогенез. — М.: Жизнь и мысль, 1999. — 192 с.

8. *Шпиц Р.* (Spitz R. A.) Психоанализ раннего детского возраста. — М.: ПЕР СЭ; Спб.: Университетская книга, 2001. — 159 с.



ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ВВЕДЕНИЕ

Психопатология является краеугольным камнем клинической психиатрии. А. С. Тиганов полагает, что непонимание ее значимости свидетельствует об узости клинического мышления. Знания в области общей психопатологии необходимы всем, кто работает с детьми и подростками, имеющими нервно-психические расстройства. Это важно для правильного понимания поведения ребенка, его эмоциональных реакций.

Психопатологическая симптоматика, выявляемая у больного, определяется не только заболеванием, в рамках клинической картины которого она развивается, но и этапом онтогенетического развития. В детском и юношеском возрасте нередко бывает трудно распознать за фасадом грубых психопатоподобных нарушений аффективные расстройства. Экзогенные типы реакций также проявляются по разному в зависимости от возраста: в младенчестве — судорожный синдром, в детстве — эпилептиформные состояния [Тиганов А. С, 2001]. Многие проявления психических нарушений не вызывают у окружающих сомнений в наличии заболевания. Однако есть расстройства, которые, будучи признаком тяжелых психических отклонений, не воспринимаются таковыми. При этом неадекватное поведение детей объясняется их «невоспитанностью», «ленью» и т. п. К больным, нуждающимся в лечении, пытаются применять воспитательные меры, что только ухудшает состояние здоровья таких детей.

Знание общей психопатологии определяет успешность профессиональной деятельности детских психиатров и психологов. Овладение этим материалом встречает целый ряд трудностей.

Во-первых, необходимо выучить достаточно большое количество новых терминов, понимать их суть и свободно ими пользоваться. Для облегчения усвоения терминов и лучшего их понимания в настоящем учебнике приводится этимологическое значение слов. Термины, которые нужно запомнить, выделены курсивом. В конце каждого раздела приводится краткий словарь новых терминов.

Во-вторых, семиотика в психиатрии (греч. semeiotikon: «semeion» — признак) — учение о симптомах нарушений различных психических функций, являющаяся основой общей психопатологии, в настоящее время разработана еще недостаточно. Взгляды на некоторые вопросы семиотики отличаются в разных «психиатрических школах». В связи с этим по-разному трактуют ряд терминов, относят одни и те же симптомы к нарушениям различных психических функций.

В-третьих, идентичные симптомы могут неоднозначно проявляться в зависимости от этиологии и патогенеза заболевания.

В-четвертых, специфика детского и подросткового возраста во многом определяет формирование и проявления психопатологической симптоматики. Как писала Г. Е. Сухарева (1955), «...возрастной фактор ни в коей мере не может рассматриваться как причина психических заболеваний. Особенности возрастной реактивности ребенка и подростка на различных этапах их

развития могут объяснить лишь большую или меньшую восприимчивость к различным патогенным агентам. Следовательно, они могут быть фактором, предрасполагающим к болезни. ...большое значение принадлежит возрастному фактору в формировании клинической картины». В связи с этим, изучение расстройств психических функций у детей и подростков требует эволюционно-динамического подхода, позволяющего учитывать особенности этапа онтогенеза.

В 1864 г. Д. Джексон (J. H. Jackson) создал теорию, согласно которой условно принято различать *негативную* и *позитивную* психопатологическую симптоматику. Негативную симптоматику также называют *«дефицитарной», «выпадения», «минус-симптоматикой», «симптомами выпадения», а позитивную — «продуктивной», «плюс-симптоматикой»*.

К *негативным* симптомам относятся проявления выраженного снижения психической функции или полного ее выпадения. У детей негативная симптоматика чаще всего является свидетельством торможения психического развития. Нередко она бывает необратимой. Также негативная симптоматика может возникать на какое-то время или постоянно в результате нарушений, частично или полностью препятствующих нормальному функционированию.

В группу *психопатологической продукции* следует включить симптомы усиления или искажения проявлений нормального функционирования, а также симптомы, отражающие совершенно новые, не встречающиеся у здоровых людей формы функционирования. Продуктивная симптоматика у детей, как правило, рудиментарна, нередко возникает лишь эпизодически, что значительно затрудняет ее выявление.

Бывает довольно сложно провести четкую грань между позитивными и негативными симптомами в клинической картине. Их не следует противопоставлять, так как они диалектически едины и взаимообусловлены. Задержка развития одной психической функции, проявляющаяся негативной симптоматикой, может привести к усилению другой и возникновению позитивной.

Некоторые психопатологические симптомы выявить не составляет особого труда, так как они заметны окружающим, даже далеким от медицины. Другие симптомы можно обнаружить, только задавая соответствующие вопросы, так как сам больной о них может не вспомнить, или он не сможет выразить, что чувствует, переживает, если ему не помочь. Это особенно актуально при работе с детьми, причем, чем младше ребенок, тем сложнее обследовать его. Кроме того, необходимо помнить, что многие больные склонны к диссимуляциям. При обследовании больного также следует постараться понять, какие нарушения были первичными, а какие обусловлены ими.

Чтобы справиться с этими сложными задачами, необходимо знать все основные встречающиеся нарушения психических функций, особенности их проявления у детей разного возраста, уметь задавать вопросы, позволяющие установить наличие расстройств. Для этого приходится искусственно вычленять отдельные симптомы из единого психического процесса.

В то же время нельзя забывать о целостности психики, тесной взаимосвязи всех ее проявлений. Благодаря *ощущениям и восприятию* человек получает сведения об окружающих, воздействующих на его рецепторы, явлениях и предметах, то есть информацию, более или менее достоверно отражающую объективную реальность внешнего мира. *Внимание* позволяет сосредотачивать психику на определенных объектах. *Мышление* дает возможность выделять общие свойства предметов и явлений, устанавливать связи между ними, выводить закономерности. *Память* отражает прошлый опыт, фиксируя информацию, сохраняя, а затем воспроизводя воспринятое и пережитое. *Эмоции,* отражая субъективную значимость происходящего, отношение человека к ситуации и вероятность удовлетворения или неудовлетворения его потребностей, служат оценке возможности сохранения гомеостаза. *Влечения* побуждают к неосознанной деятельности, направленной на удовлетворение инстинктивных потребностей, а *произвольная деятельность* обеспечивает целенаправленную активность человека. *Интеллект* играет ведущую роль в установлении условных связей высокого уровня, в сохранении их, а затем, когда это становится необходимым, в их использовании для решения новых задач. *Сознание* -интегративная психическая функция познания и отражения действительности, общественных отношений и установления собственных телесных границ и границ психической сферы, отделяющих человека от окружающего мира.

Таким образом, все функции человека тесно взаимосвязаны и расстройство одной из них приводят к нарушениям других в той или иной степени. Однако при рассмотрении патологии основных психических функций мы также будем разделять их. Предпринимается это исключительно с дидактической целью. Для облегчения усвоения материала мы попытались излагать сведения о нарушениях различных психических функций по единой схеме (схема 1).

/. *Определение* психической функции. Его необходимо понять и запомнить. Нельзя рассуждать о нарушениях, например, памяти, не зная, что такое память.

2. Особенности развития психической функции на различных этапах онтогенеза. Многие из них изучены недостаточно.

3. Нарушения психической функции.

I. Количественные.

а. *Снижение* функции. Термины, означающие снижение, недостаточность функции, часто начинаются с приставки *«гипо»* (греч. «hypo» — «под», «ниже»).

б. *Отсутствие* функции. Термины, означающие отсутствие функции, часто начинаются с приставки «а» (греч. «а», «an» — означает «отсутствие»).

в. *Усиление* функции. Термины, означающие повышение, увеличение функции, часто начинаются с приставки *«гипер»* (греч. «hyper» — «над», «сверх»).

II. Качественные.

ПСИХИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ

количественные нарушения | качественные нарушения

СНИЖЕНИЕ *гипо-* | ОТСУТСТВИЕ *а- ан-* | УСИЛЕНИЕ *гипер-* | ИСКАЖЕНИЕ *пара- дис-* | ОБМАНЫ *пара- дис-*

негативная симптоматика | позитивная симптоматика

Схема 1. Нарушения психической функции.

а. *Искажение* функции. Термины, означающие искажение функции, часто начинаются с приставки *«пара»* (греч. «para» — означает «отклонение», «несоответствие»). Иногда также используется приставка «дис» или «диз» (греч. «dys»), означающая нарушение функции, отклонение от нормы.

б. *Обманы* функции, при которых психические реакции неверно отражают объективную реальность или вообще возникают вне связи с ней. Иногда, как и в терминологии искажения функции, частью термина, который используется для обозначения обмана, являются приставки «дис» («диз»), «пара».

ОЩУЩЕНИЯ И ВОСПРИЯТИЕ

Ощущения и восприятие обеспечивают человеку непосредственно-чувственное (образное) познание окружающего мира и ориентировку в нем.

Ощущение — это отражение отдельных свойств предметов и явлений окружающего мира, возникающее в результате непосредственного воздействия их на органы чувств и возбуждения нервных центров коры головного мозга.

Восприятие — психический процесс отражения действительности, формирующий субъективный образ объективного мира в целом.

Восприятие — не механическое копирование окружающего. Нельзя понимать его, как простую совокупность ощущений. Для того чтобы воспринять какой-то предмет, человек должен сравнить его с теми постоянными сочетаниями стимулов, которые он получал в прошлом опыте, с теми образами, которые есть в его сознании. Очень важным для процесса восприятия является *воображение,* то есть формирование новых образов на основе данных прошлого опыта. Обусловленность восприятия особенностями предшествующего индивидуального опыта человека получила название *апперцепции* (лат. apperceptio: «ap» — приставка, обозначающая присоединение, «perceptio» — восприятие). Важнейшим в восприятии является процесс опознания. Для этого необходимо взаимодействие восприятия и памяти. Снача-

ла формируется лишь общее, диффузное представление о предмете, и лишь потом оно сменяется детальным.

Перцепция — понятие, включающее в себя и ощущения, и восприятие. Являясь необходимым этапом познания, эти психические функции во многом определяют особенности деятельности и мышления. Еще в 1754 г. Е. Кондильяк (de Condillac E. D.) утверждал, что из наших ощущений проистекают все наши знания. Возможности человека к восприятию окружающей среды ограничены его сенсорными способностями. Так, мы не можем слышать ультразвуки, как собаки, ощущать радиоволны, рентгеновские лучи и т. д. Результатом перцепции являются субъективные образы объективного мира. Они субъективны, так как зависят не только от свойств раздражителя, но и от особенностей органов, на которые он действует. Г. Л. Гельмгольц в связи с этим справедливо отмечал, что ощущение не изображение, а только знак отражаемого предмета [Helmholtz G. L., 1859]. Адекватность взаимодействия человека с окружающей средой является основным критерием правильности перцепции.

Причины нарушений ощущений и восприятия можно сгруппировать следующим образом.

1. Внешние:

а) особенности окружающей среды, затрудняющие работу рецепторов. Например, при недостаточном освещении трудно хорошо рассмотреть какой-то предмет, при монотонном шуме можно неверно расслышать сказанное;

б) условия окружающей среды, а иногда и свойства самого объекта восприятия, затрудняющие отражение его органами чувств. В результате его образ оказывается искаженным. При этом возникают, например, различные оптические обманы. Так, ручка чайной ложки, находящейся в стакане с водой, кажется ступенчатой (рисунок в «Занимательной физике» Я. И. Перельмана);

в) условия сенсорной депривации. При этом недостаточное количество раздражителей, воздействующих на органы чувств, приводит к нарушениям их функционирования. В 1960 г. Д. Ширли (J. T. Shurley) поставил интересный эксперимент, в котором приняли участие здоровые добровольцы. Исследователи пытались добиться «редукции абсолютного уровня», то есть исключить как можно большее количество раздражителей. Стимулы, которые исключить было невозможно, не менялись. С этой целью волонтеров погружали в резервуар с теплой водой, надев на них предварительно свето- и звуконепроницаемую маску. Дышали они через специальный аппарат, движения были запрещены. Через 2-3 часа после погружения у испытуемых появились обманы ощущений и восприятия, частично сохранявшиеся некоторое время и по окончании эксперимента.

2. Внутренние, при которых работа органов чувств нарушена:

а) из-за их поломки (тугоухость, близорукость и т. п.);

б) при общей интоксикации организма;

в) при травмах, заболеваниях мозга;

г) при эмоциональном возбуждении (так называемые аффектогенные расстройства).

Нарушения ощущений и восприятия встречаются довольно часто, причин их возникновения, как правило, несколько. Правильная оценка их поможет в диагностике заболевания, прогнозированию их обострений. Так, при повышенной температуре у детей обманы восприятия, связанные с общей интоксикацией, отмечаются чаще с наступлением сумерек. Важно не создавать пациентам условий, способствующих появлению расстройств.

Развитие ощущений и восприятия

Ощущение — наиболее простая, древняя психическая функция, являющаяся внешним, объективно обнаруживаемым в поведении и доступным научному анализу проявлением субъективности [Леонтьев А. Н., 1983]. Раздражители (стимулы), исходящие из внешней и внутренней среды, принимаются и подвергаются обработке *анализаторами.* Анализаторы состоят из следующих трех частей.

1. Рецепторы — периферический отдел, принимающий сигналы.
2. Проводящие пути, по которым возбуждение, возникшее на рецепторе, передается вышележащим центрам нервной системы.
3. Проекционные зоны коры больших полушарий головного мозга.

Нарушение любого отдела анализатора приводит к невозможности получения ощущений или к его расстройствам. Существуют различные классификации, но наиболее распространено разделение ощущений по сенсорным модальностям: зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные и пр. В то же время, необходимо помнить, что существуют интермодальные ощущения, так называемые *синестезии* (греч. synaesthesia: «syn» — приставка, означающая одновременность действия; «aisthesis» — ощущение).

По расположению рецепторов снаружи или внутри тела человека нобелевский лауреат Ч. Шеррингтон (Ch. S. Sherrington) предложил в 1932 г. различать *экстерорецепторы* и *шиперорецепторы.* Экстерорецепторы также делят на *контактные,* регистрирующие стимул при непосредственном контакте с предметом, и *дистанционные,* воспринимающие раздражители на расстоянии.

Специализация рецепторов позволяет осуществлять первый этап анализа сенсорных воздействий.

Раньше всего появляются тактильные ощущения — с 8 недель внутриутробной жизни. С 6 недель внутриутробной жизни появляются движения глазных яблок, однако реакция на свет появляется лишь с 24-26 недель. У семимесячного плода уже регистрируются вызванные потенциалы в ответ на звуковую стимуляцию. В это же время дифференцируются вкусовые ощущения. Считается, что обонятельный анализатор формируется только к моменту рождения. Стимуляция от анализаторов передается нейронам в соответствующих отделах мозга, в том числе и в коре больших полушарий, что способствует их развитию. Таким образом, ребенок появляется на свет с хорошо сформированными сенсорными способностями, которые продолжают дифференцироваться и развиваться в течение дальнейшей жизни.

В зависимости от ощущений у новорожденного возникают рудиментарные психические реакции: двигательное беспокойство, крик, плач. Ребенок отворачивается от яркого источника света, вздрагивает при резком звуке, поворачивает голову в сторону говорящего, отворачивается от неприятного запаха (работа дистанционных экстерорецепторов), реагирует на холод, прикосновения (работа контактных экстерорецепторов), реагирует на изменения положения тела (работа проприорецепторов), кричит, когда голоден или испытывает головную боль, боль в животе (работа интерорецепторов). Примерно с шести месяцев эти реакции становятся более дифференцированными и приобретают сенсомоторный характер.

Восприятие, как уже отмечалось, сложный психический процесс, который не сводится к сумме ощущений, а включает в себя соотнесение воспринимаемого объекта с субъективным образом, воспроизводящимся на основе прошлых впечатлений. Такие образы называются представлениями. Элементарные представления и связи между ними (ассоциации) формируются очень рано. Даже новорожденный уже имеет их. Он по-особому реагирует на музыку, которую постоянно слышал во внутриутробном состоянии. Он может отличить по запаху молоко своей матери от молока другой женщины. Это означает, что новорожденный узнает звуки, запах, то есть у него есть элементарные представления о них.

Выбор из массы окружающих объектов соответствующего представлению и идентификация его требует определенных усилий. Отчасти в связи с этим именно в детском возрасте чаще наблюдается явление, при котором раздражитель, действуя на определенный рецептор, вызывает не только специфическое для данного органа чувств ощущение, но одновременно дополнительные ощущения, характерные для других органов чувств, а также представления. Так, например, слуховые ощущения сопровождаются зрительными. Такое явление называется *синестезией* (греч. synaisthesia: «syn» — приставка, означающая совместность, одновременность действия; «aisthesis» — чувство). На основе синестезий у детей довольно часто формируется способность к *эйдетизму* (греч. «eidos» — образ). При этом яркий, чувственный образ предмета может сохраняться некоторое время после прекращения воздействия его на органы чувств. Ребенок, склонный к эйдетизму, может путать реальные образы с эйдетическими.

Ежедневно запас представлений стремительно нарастает, особенно на первом году жизни. На их основе формируются понятия, процесс восприятия становится все сложнее и дифференцированнее. Чем старше ребенок, тем лучше он справляется с задачей вычленения объекта из условий, в которых он находятся, идентифицирует объект в разных ситуациях.

Родившись, ребенок попадает в совершенно иную среду. Замкнутое, тесное внутриутробное пространство заменяется другим, огромным, наполненным массой новых раздражителей, непонятным, а значит опасным. Первые 1-1,5 месяца представляют переходный период из первичной, хорошо защищенной экологической ниши (материнского лона) в новую переменчивую окружающую среду с огромным количеством новых для него раздражителей.

В этом новом пространстве нужно ориентироваться и к нему нужно приспосабливаться. Все это дает мощный стимул к развитию функции восприятия. Постоянная напряженная работа анализаторов является необходимым условием для нормального развития ребенка.

Наблюдая за *новорожденным,* можно обнаружить, что он поворачивает голову и смотрит в сторону раздающегося звука и зажигающегося света. Этим самым он обнаруживает способность установления звуко-зрительно-двигательных связей. Низкие ритмичные звуки, напоминающие дыхание, биение сердца, шум тока крови по брюшной аорте, малышей успокаивают. Интересно, что, обращаясь к новорожденному, взрослые непроизвольно меняют тембр голоса на более высокий. Дети по запаху могут узнать свою мать, предпочитают ее молоко любому другому. При неприятном запахе новорожденный всегда отворачивается в сторону, противоположную раздражителю. Объясняется это тем, что очередность раздражения рецепторов слизистой правой и левой ноздри соответствует расположению источника запаха. Таким образом, очевидна способность младенца к восприятию расположения источника запаха в пространстве. Большую часть времени новорожденный находится в положении лежа на спине или на животе. При этом пространство, которое он может обозревать, очень ограничено, что препятствует поступлению информации извне. Взгляд у новорожденного скользящий, зрительная концентрация возможна лишь на несколько секунд.

Для расширения обзора приходится учиться приподнимать голову и удерживать ее. У успешно развивающегося ребенка такая способность отмечается примерно *ко второму месяцу* жизни. В это же время он способен недолгое время удерживать в руке мелкий предмет и подносить его к глазам или ко рту. Это свидетельствует о прогрессе зрительно-моторной координации. При зрительном восприятии двухмесячный ребенок отдает предпочтение предметам овальной формы, с контрастными цветами, резкими очертаниями на светлом фоне. Таким объектом, например, является лицо человека. На расстоянии 20-25 сантиметров ребенок способен, хотя и не надолго, фокусировать взгляд на лице и воспринимать изменения его мимики. Он может даже имитировать их (открывает рот, высовывает язык и пр.). Несовершенная фокусировка приводит к тому, что младенцы не смотрят одновременно двумя глазами, на сетчатке зрительные образы с разных глаз не совпадают, образ получается неконтрастным, а зрение в результате монокулярное. При монокулярном зрении восприятие глубины пространства неотчетливо.

К концу *третьего месяца,* лежа на животе, ребенок может отрывать грудь от кроватки. Слух становится все более дифференцированным. Ребенок уже начинает узнавать по голосу не только родителей, но и других людей, с которыми часто общается. Появляется способность имитировать высокие и низкие звуки. Ребенок тянется к предметам, попавшим в поле зрения, ударяет по ним.

В *четыре месяца* ребенок способен переворачиваться с живота на спину, а *в пять* — и со спины на живот. Эти двигательные возможности рас-

ширяют рамки чувственного познания как собственных габаритов, так и окружающего пространства. Улучшается зрительно-моторная координация. К этому возрасту бинокулярное зрение сформировано уже настолько хорошо, что обеспечивает большую глубину восприятия, и ребенок может удерживать в памяти представления о размерах определенного объекта. Когда ребенок наблюдает за каким-то предметом, его голова и глаза движутся синхронно. Ребенок все время стремится достать руками какой-нибудь предмет (подвешенную игрушку, нос, волосы, одежду родителей). Глаза следят за руками, тянущимися к игрушке, и обеспечивают точный захват.

С *6-6,5 месяцев* ребенок все чаще начинает брать предметы не двумя, а одной рукой, причем хватает их быстро, точно и хорошо удерживает. Он начинает садиться, делать «мостик», отрывая живот от пола, а затем ползать. Он активно осваивает пространство, расширяются возможности его обзора. Способность самостоятельно передвигаться позволяет лучше ориентироваться в комнате, в расположении мебели, предметов. В это время ребенок уже хорошо воспринимает глубину. Исследования показали, что большинство детей этого возраста ползут на зов матери по стеклу только до того момента, пока внизу видна подстеленная клетчатая клеенка. Как только под стеклом начинается пустота, что создает зрительную иллюзию края, дети отказываются пересекать границу, некоторые начинают плакать. Эта способность предупреждает падения детей с высоты.

К *7-8 месяцам* нормально развивающийся ребенок, манипулируя предметами, уже воспринимает такое их качество, как постоянство формы. Воспринимаются детали формы, но освоение их взаимосвязей требует более высокого уровня развития представлений и понятий.

В *8-9 месяцев* ребенок понимает отдельные слова. Он начинает ходить, но при поддержке, которая необходима ему не столько для опоры, сколько для сохранения равновесия. Вертикальное положение, увеличивая обзор, еще больше увеличивает возможность зрительного восприятия и способствует его развитию.

К *году* движения ребенка становятся более отточенными, тело становится послушнее. Дети начинают самостоятельно ходить. Большинство из них в 15 месяцев могут самостоятельно пройти не менее 15 метров. Руки, занятые при ползании, освобождаются. Это открывает новый источник поступления стимулов на тактильные рецепторы. Дети могут только с помощью тактильных ощущений узнавать предмет. У них хорошо сформированы определенные вкусовые предпочтения. К году ребенок осмысленно произносит более 10 слов, знает и понимает значительно больше. В дальнейшем словарный запас растет стремительно, и это является еще одним мощным стимулом к развитию всех форм восприятия.

В *2 года,* манипулируя предметами, они могут хорошо различать их форму (треугольник, "<руг). Использование для определения формы объекта лишь зрительного анализатора, без включения тактильного, затруднено. Восприятие комбинированных, сложных форм еще невозможно.

К трем годам ребенок хорошо овладевает речью. Широкое использование вербальных понятий стимулирует процессы ощущений и восприятия: ребенок может выразить их словами, дать себе отчет в получаемых впечатлениях. Но и в этом возрасте процессы перцепции остаются непроизвольными. Дети не умеют самостоятельно анализировать воспринимаемое, восприятие сводится к узнаванию предмета и называнию его.

У младших дошкольников появляются элементы произвольного восприятия. Качество восприятия в основном определяется свойствами предмета (яркостью, формой, запахом и т. д.).

У старших дошкольников активно идет совершенствование техники восприятия: они уже могут исследовать предмет глазами, не прибегая к помощи тактильного анализатора, могут словами определить местоположение в пространстве себя, любого предмета.

У младших школьников восприятие все еще мало дифференцированно. Узнав предмет и назвав его, они перестают его анализировать. С трудом они различают детали предмета, выделяют главное. Лучше воспринимаются предметы, которые ребенок полагает значимыми для себя, к которым проявляет интерес.

Чем взрослее ребенок, тем тоньше и сложнее делается его восприятие, все чаще оно становится произвольным. С возрастом улучшается ориентировка в окружающей среде, реакции становятся дифференцированнее.

Перцептивные процессы у подростков протекают почти как у взрослых, сохраняя лишь некоторые особенности детского восприятия.

Г. Е. Сухарева (1955) отмечала следующие основные отличительные особенности детского восприятия:

— преобладание образного чувственного восприятия над абстрактным, то есть первой сигнальной системы над второй;

— высокая- возбудимость кортикальных центров вследствие особенностей мозгового метаболизма, кровообращения, приводящих к повышению интенсивности и лабильности обмена веществ;

— переплетение реальных и фантастических образов;

— недостаточный отчет о воспринятом;

— повышенная внушаемость и самовнушаемость, склонность к фантазированию, легкость возникновения иллюзий;

— фантастические переработки полученной информации соответственно своим желаниям и опасениям.

Расстройства ощущений

Расстройства ощущений представлены на схеме 2.

Количественные расстройства ощущений

К количественным расстройствам ощущений относятся *гиперестезия* (греч. hyperesthesia: «hyper» — сверх, «aesthesis» — ощущение), *гипесте-*



Схема 2. Расстройства ощущений.

зия (греч. hypaesthesia: «hypo» — снижение, «aesthesis» — ощущение) и анестезия (греч. anaesthesia: «an» — без, не; «aesthesis» — ощущение).

Гиперестезия появляется при снижении порога раздражения. При этом обычные внешние раздражители, к которым здоровый человек относится нейтрально, вызывают неприятные ощущения.

При гиперестезии свет кажется очень ярким, звуки громкими *(гиперакузия* — греч. huperacusia: «hyper» — сверх, «akusis» — слух), запахи резкими, прикосновения грубыми, боль нестерпимой *(гипералгезия* — греч. hyperalgesia: «hyper» — сверх, «algesis» — ощущение боли), вкусовые ощущения чрезмерными *(гипергевзия* — греч. hupergeusia: «hyper» — сверх, «geusis» — вкус). В выраженных случаях эти ощущения причиняют страдания пациентам.

У новорожденных гиперестезия является физиологической. Реакция на раздражение любого анализатора носит у них генерализованный характер. Криком и вздрагиванием реагируют малыши на любые неожиданные изменения в окружающей среде (резкие толчки кровати, громкие звуки, изменения положения тела). На солнце, при обычном дневном свете или при ярком электрическом освещении новорожденный закрывает плотно глаза, пытается отвернуться, как человек, вышедший на свет после длительного пребывания в темноте. Держит широко открытыми глаза он лишь в сумерках, в полумраке. Повышена у новорожденных и болевая, и температурная чувствительность. В связи с низким порогом чувствительности особенно это выражено у недоношенных детей. Однако это не означает, что световые раздражители в период новорожденности следует ограничивать. Недостаток света неблагоприятен для роста и развития ребенка.

Позднее гиперестезия у детей, как и у взрослых, является отклонением от нормы. Чаще всего она наблюдается при состояниях интоксикации, при повышенной температуре. Больные жалуются на то, что их раздражает шум, доносящийся из соседней комнаты, на слишком яркий свет, грубую ткань

одежды, швы, складки на ней, слишком горячую еду и питье и т. п. Родителями это часто воспринимается как капризы. Интоксикации при употреблении психоактивных веществ, как правило, также сопровождаются гиперестезиями.

В. М. Башина (1989) отмечала гиперакузию у детей 1-5 (8) лет с неврозоподобным типом приступообразной шизофрении.

Нередко гиперестезия является симптомом при выраженных астенических синдромах различного генеза, при раздражительной слабости, при церебрастениях.

Гиперестезия отмечается у детей с невропатией, с резидуально-органическими поражениями головного мозга. Они, как правило, очень плохо переносят боль. Нам встречались пациенты, у которых гиперестезия была одним из элементов эпилептической ауры.

Гипестезия — понижение восприимчивости к внешним раздражителям, связанная с повышением порога чувствительности. Общие изменения чувствительности свидетельствуют о поражении периферических нервов, в которых проходят волокна, идущие от разных рецепторов. Диссоциированные нарушения (например, снижение болевой, но сохранение тактильной) говорят о поражении спинного мозга.

Снижение болевой чувствительности называется *гипалгезия* (греч. hypalgesia: «hypo» — снижение, «algesis» — ощущение боли) или *гипалгия* (греч. hypalgia: «hypo» — снижение, «algos» — боль).

Гипестезия встречается при неврологических расстройствах (невритах, полиневритах); при энцефалопатиях, связанных с некоторыми интоксикациями (профессиональными, наркотическими, алкогольными); при субдепрессивных и депрессивных состояниях, иногда при шизофрении, истерии. Функциональное снижение слуха называется *гипакузией* (греч. hypacusia: «hypo» — снижение, «acusis» — слух). Оно сопровождающется шумом вушах, головокружением, возникает, например, при истерических припадках,

Снижение обоняния, часто встречающееся у детей при насморке, называется *гипосмией* (греч. hyposmia: «hypo» — снижение, «osme» — обоняние).

Анестезия — полная потеря чувствительности. Тактильная анестезия, встречающаяся у больных с органическими заболеваниями центральной нервной системы, соответствует зонам иннервации. Полной анестезии добиваются при проведении сложных операций при помощи наркоза. В хирургии также практикуется местная анестезия, направленная в основном на достижение утраты болевой чувствительности — *аналгезии* (греч. analgesia: «an» — не, без, «algesis» — ощущение боли).

Интоксикации, травмы, эпилептические припадки, приводящие к коматозному нарушению сознания, также сопровождаются анестезией. Анестезия отмечается и у больных в состоянии кататонического ступора, делириозного, нарушения сознания.

Анестезии можно добиться у пациента в глубоком гипнотическом состоянии. В состоянии сильного аффекта у больных может наступать полная ане-

стезия. Они как бы не замечают, что ранены, что держат раскаленный чайник. По-видимому, здесь также включаются механизмы сужения сознания. При истерии может наблюдаться потеря чувствительности отдельных участков кожи, не соответствующих зонам иннервации. Отсутствие болевой чувствительности при сохранении температурной или наоборот называется *диссоциированной анестезией.*

Утрата зрения, связанная с функциональными расстройствами зрительного анализатора, называется *амблиопия* (греч. «amblys» — слабый, «opos» — глаз). Полная потеря зрения на один или оба глаза, обусловленная поражениями центральной нервной системы, называется *амавроз* (греч. «amaurosis» — потемнение, слепота). Реакция зрачков на свет при этом сохраняется. Слепота истерического происхождения называется истерической амблиопией, словосочетание «истерический амавроз» некорректно. Необходимы специальные мероприятия, чтобы психическое развитие слепых детей проходило без задержки. Этим занимаются специальные психологи и тифлопедагоги.

Глухота, обычно сопровождаемая немотой {*сурдомутизм* — лат. surdomutitas — «surditas» — отсутствие слуха, «mutus» — немой),также порождает массу проблем, в том числе и связанных с психическим развитием. Без помощи специальных психологов и сурдопедагогов этим больным бывает трудно научиться оценивать отношения окружающих, ситуацию. При приобретенной тугоухости больные делаются подозрительными, раздражительными. На фоне их недоверчивости могут развиться сверхценные и даже бредовые идеи. Функциональный сурдомутизм может быть истерической природы.

Утрата обонятельной чувствительности называется *аносмией* (греч. anosmia: «an» — не, без, «osme» — обоняние). Она может быть функциональной при невротических расстройствах, эссенциальной — при поражении периферического отдела обонятельного анализатора, а также центральной, при поражении головного мозга (например, опухоль лобной доли головного мозга). У детей чаще встречается так называемая респираторная аносмия, причиной которой являются нарушения носового дыхания. Функции всех элементов обонятельного анализатора при этом сохранны.

Качественные расстройства ощущений

Качественные расстройства ощущений очень условно можно разделить на искажения, при которых ощущение остается узнаваемым, не теряет своей модальности, но изменяет качество, и обманы, при которых ощущение возникает без внешнего раздражителя, либо меняет модальность или маскируется.

К искажениям относятся *сеиестопатии* (франц. cenesthopathie от греч. coenaesthopathia: «koinos» — общий, «aisthesis» — ощущение, «pathos» — страдание, болезнь).

К обманам с некоторой долей допущения можно отнести *парестезии* (греч. paraesthesia: «para» — ошибочное отождествление, несоответствие

внешних проявлений сущности явления, «aesthesis» — ощущение) и *дизестезии* (греч. dysaesthesia: «dys» — отклонение, нарушение, «aesthesis» — ощущение).

Искажения ощущений

Сенестопатии — это неопределенные неприятные ощущения, возникающие внутри различных частей тела без наличия каких-либо соответствующих соматических заболеваний. Характер и локализация этих ощущений изменчивы. Больные при этом могут жаловаться на беспокоящие их непонятные движения внутри тела (что-то «сдавливает», «пульсирует», «стягивает», «переливается», «щекочет», «натягивается» и т.п.), локальные изменения температуры внутри тела («жжет», «печет», «холодит»), неопределенные боли — *псевдоалгии* (греч. «pseudes» -ложный, мнимый, «algos» — боль). Возникновение их объясняется извращением и некоторым усилением не регистрируемых у здоровых людей интероцептивных ощущений. Это позволяет условно отнести сенестопатии к искажениям ощущений.

Псевдоалгическую форму чаще всего и принимают сенестопатии в дошкольном возрасте. Нередко они развиваются на тревожном или тревожно-депрессивном фоне. Дети при этом жалуются на неясные, иногда мигрирующие, преходящие болевые ощущения в конечностях, животе.

Сенестопатии встречаются уже у детей 4-5 лет, локализуясь преимущественно в области живота. Повторяющиеся эпизоды переживания сенестопатии могут быть признаком начинающейся эпилепсии.

Начиная со старшего дошкольного возраста, сенестопатии могут провоцировать страхи, доминирующие и рудиментарные сверхценные, иногда навязчивые идеи ипохондрического содержания.

В препубертатном возрасте сенестопатические ощущения локализованы чаще всего в голове, груди, животе. При этом возможна уже их рудиментарная бредовая интерпретация пациентами («в голове что-то шевелится», «глист в животе сосет»).

В подростковом возрасте и старше локализация сенестопатии помимо головы, груди и живота часто бывает в области гениталий. Встречаются уже развернутые сенестопатически-ипохондрические синдромы, нередко имеющие как доминирующее, навязчивое, сверхценное, так и фантастическое бредовое содержание с дисморфоманическими идеями, идеями преследования, физического и психического автоматизма («инопланетяне через яички пропускают ток»). Сенестопатии встречаются при невротических состояниях, особенно сопровождающихся вегетативными расстройствами. При этом сенестопатические ощущения характеризуются непостоянством, полиморфностью, никогда не получают сверхценной или бредовой интерпретации.

Стойкие сенестопатии, имеющие яркую чувственную окраску, характерны как для текущих органических заболеваний головного мозга, так и для отдаленных посттравматических и постинфекционных расстройств. Бредовая интерпретация сенестопатических ощущений у таких больных может встречаться, но нечасто, носит, как правило, рудиментарный характер.

Отмечены сенестопатии при приступообразном течении шизофрении у детей. При этом они часто возникают на фоне депрессии, сопровождаются жалобами на жжение в груди, животе. Сенестопатии при шизофрении включаются в бредовые переживания. Они отличаются нелепостью, вычурностью, нередко получают развитие.

Обманы ощущении

Парестезии — это возникающие на поверхности тела своеобразные полиморфные ложные ощущения. Они соответствуют зонам чувствительной иннервации, но появляются без внешних раздражителей кожи. Больные жалуются при этом на покалывания, жжения, ползания насекомых, пропускание тока, онемения. Чаще всего эти нарушения свидетельствуют об органических поражениях нервной системы на различных уровнях: кожные рецепторы, афферентные проводящие пути, область задней центральной извилины больших полушарий головного мозга. У детей парестезии нередко возникают при интоксикациях разного генеза, при менингоэнцефалитах.

Дизестезия — обманы ощущений, заключающиеся в несоответствии стимула и полученной информации. Так, теплый раздражитель воспринимается больными с дизестезиями как холодный или вызывает боль. Примером дизестезии может служить *фотизма* (греч. «photisma» — освещение), при которой световое ощущение возникает в результате не зрительного, а какого-то другого анализатора (например, при резком звуке).

Расстройства восприятия

Расстройства восприятия представлены на схеме 3.

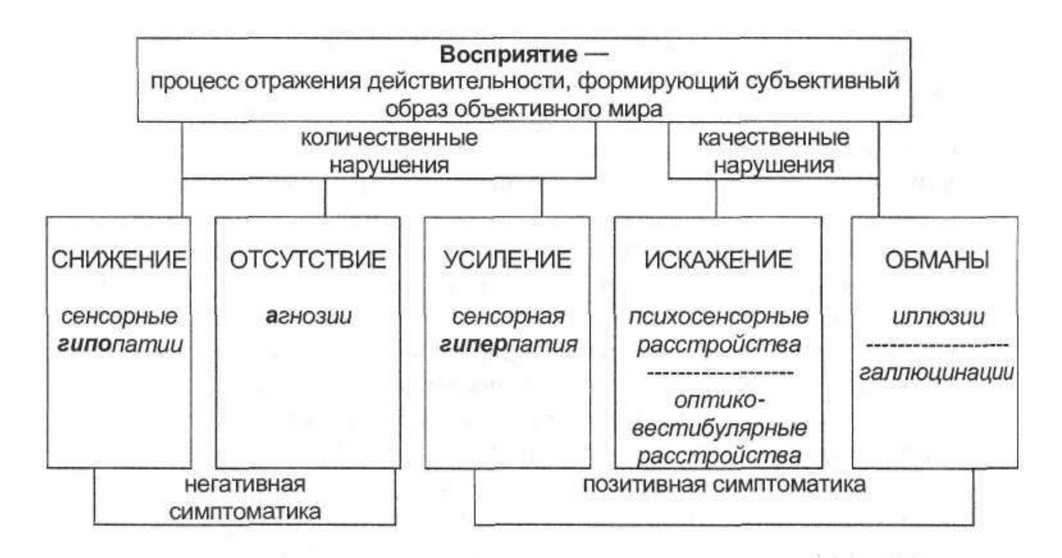


Схема 3. Расстройства восприятия.

Количественные расстройства восприятия

К количественным расстройствам восприятия относят его усиление и снижение, отсутствие.

К усилению восприятия относят так называемые *сенсорные гиперпатии* (лат. «senso» — чувство, восприятие; греч. «hyper» — сверх, «pathos» — болезнь, отклонение).

Группа нарушений, при которых восприятие снижено, называется *сенсорными гипопатиями* (лат. «senso» — чувство, восприятие; греч. «hypo» — снижение, «pathos» — болезнь, отклонение).

Помимо рассмотренных в предыдущем разделе нарушений, связанных с утратой ощущений и приводящих к невозможности восприятия, в группу отсутствия восприятия можно включить *агнозии* (греч. agnosia: «а» — без, не; «gnosis» — знание).

Сенсорные гиперпатии характеризуются резким повышением восприятия, при котором все образы внешнего мира становятся раздражающе яркими, резкими, отчетливыми. В основе сенсорных гиперпатии лежат разнообразные гиперестезии. Порог восприятия у таких больных понижается, время восприятия раздражения удлиняется. Субъективно гиперпатии переносятся больными тяжело. Они стараются облегчить свое состояние, искусственно уменьшая поток раздражителей на рецепторы: просят говорить тише, выключить радио и телевизор, затыкают уши, закрывают глаза или гасят свет, зажимают нос, пытаются дышать только ртом, носят одежду только из мягких тканей, выворачивая ее швами наружу, «чтобы они не раздражали кожу».

Чаще всего сенсорная гиперпатия, как и гиперестезия, встречается при интоксикациях, органических поражениях головного мозга, при гиперергической стадии астении, при эклампсии у беременных, при гневливых маниях, экстатических состояниях.

У детей и подростков сенсорные гиперпатии наблюдаются при инфекционных делириях, а также при опьянении некоторыми ингалянтами или наркотиками. Порой целью использования ингалянта пациенты называют получение ощущения особой яркости красок, обострения слуха. Такое происходит, например, при вдыхании паров толуола или растворителей нитрокрасок. Подобный же эффект наблюдается при применении многих психоделических средств (греч. «psyche» — душа, «delos» — просветление), эфедрина: музыка становится необычайно громкой, краски насыщенными, к тому же возникают синестезии. Нужно отметить, что в состоянии наркотического опьянения, наряду с патологически повышенным настроением (эйфорией), сенсорные гиперпатии сопровождаются характерными для них отрицательными эмоциями (тревогой, страхом).

Если у детей и подростков, принимающих наркотики, имеются резидуально-органические нарушения головного мозга, опьянение часто принимает атипичный характер, а также может повторяться через короткое время без употребления наркотика. При этом нередко одним из существенных симптомов является сенсорная гиперпатия.

Сенсорная гиперпатия может встречаться при дебюте шизофрении. Вот что говорил о своих переживаниях больной Андрей К., 17 лет: «Все как-будто на площадке, где снимается кино, залито ярким электрическим светом. Звуки все подаются через усилитель, от них не спрятаться. Тени стали черными, а предметы, которые их отбрасывают, зловещими». Переживания сенсорной гиперпатии в таких случаях часто получает бредовую интерпретацию.

Сенсорная гипопатия является противоположностью сенсорной гиперпатии и характеризуется снижением яркости и четкости восприятия объектов и явлений окружающей действительности без нарушения их идентификации. Порог ощущений при этом повышен. Больные, как правило, но не всегда, критически относятся к этим нарушениям.

Различают три варианта сенсорных гипопатий:

1. *Аллопсихическая* (греч. «alios» — иной, другой, «psyche» — душа) *деперсонализация* (лат. «de» — приставка, означающая изменение; «persona» — личность).

2. *Соматопсихическая (греч «soma, somatos» — тело) деперсонализация.*

3. *Аутопсихическая (греч «autos» — сам) деперсонализация.*

Аллопсихическая деперсонализация — это снижение восприятия окружающего мира. Затруднено восприятие цвета, звука, пространства, времени, тактильных стимулов. При этом больные жалуются на то, что звуки приглушены, тактильные ощущения неотчетливы, теряется перспектива, краски блекнут, все вокруг становится тусклым. Такие изменения восприятия тяжело переживаются и создают у больных впечатление нереальности окружающего. В связи с этим синонимом аллопсихической деперсонализации является термин *дереализация* (лат. «de» — приставка, означающая изменение; «realis» — вещественный). Рассказывая о своем состоянии, больные часто пользуются метафорами: *«все вижу, как через мутное с?екло», «звуки, как из ваты».*

Аллопсихическая деперсонализация наблюдается преимущественно при тяжелых затяжных невротических состояниях, астенодепрессивных синдромах, может возникать пароксизмально у больных эпилепсией. У детей дереализации характеризуются эпизодичностью и нестойкостью на фоне астении, сниженного настроения. Дети капризничают, иногда жалуются, что «все вокруг стало ненастоящим, как во сне».

Многие авторы относят к проявлениям аллопсихической деперсонализации такие симптомы, как *уже виденное* (франц. deja vu) *и никогда не виденное* (франц. jamais vu), *уже слышанное* (франц. deja entendu) *и никогда не слышанное* (франц. jamais entendu), *уже испытанное* (франц. deja eprouve) *и никогда не испытанное* (франц. jamais eprouve), *уже пережитое* (франц. deja vecu) *и никогда не пережитое* (франц. jamais vecu). Мы будем рассматривать эти симптомы в разделе обманы памяти.

Соматопсихическая деперсонализация характеризуется снижением восприятия больными телесных и физиологических проявлений. При этом возникают жалобы на то, что части тела «стали какими-то другими», В легкой

степени похожие переживания может испытывать здоровый человек в состоянии крайнего утомления («ноги, как чужие», «голова тяжелая» и т. п.). Естественные отправления представляются больным незавершенными. Они не испытывают чувства голода, а поев — насыщения. Пища им кажется безвкусной. У них нет удовлетворения после дефекации. Они способны совершать половые акты, но не достигают сатисфакции. Нередко возникает так называемая *гипнагиозия* (греч. hypnagnosia: anchylognosis: «hypnos» — сон; «а» — не, без; «gnosis» — знание). Проспав длительное время, больные могут жаловаться на бессонницу, уверяя, что они просто лежали всю ночь с закрытыми глазами.

Элементы соматопсихической деперсонализации могут встречаться у больных в состоянии тяжелого физического или (и) психического истощения, при интоксикациях, при резидуально-органических поражениях головного мозга.

У детей рудиментарные проявления соматопсихической деперсонализации нестойки. На них могут указывать жалобы на то, что вкус всех продуктов одинаков, и связанная с этим потеря интереса к еде. Дети могут отказываться садиться на горшок, уверяя, что не испытывают в этом потребности, а затем после дефекации их трудно поднять с горшка, так как чувства опорожнения кишечника они не испытывают. Шестилетний пациент, которого мы консультировали, жаловался, что «совсем не спит», что «ручки стали как чужие».

Аутопсихическая деперсонализация — своеобразное состояние, при котором больные якобы утрачивают способность испытывать чувства. Парадокс состоит в том, что они мучительно переживают это. В связи с этим другое название аллопсихической деперсонализации — anaesthesia psychica dolorosa (греч. anaesthesia: «an» — без, не, «aesthesis» — ощущение; «psychikos» — психический, душевный; «dolor» — боль), то есть отсутствие душевной боли или скорбное бесчувствие. Утрата эмоциональных реакций на болезнь близкого человека, на оскорбление, на радостное известие, успех приводит к душевной опустошенности. Иногда больные провоцируют какие-нибудь конфликты, желая «почувствовать хоть что-нибудь», но цели своей не достигают.

Чаще всего аутопсихические деперсонализации встречаются в клинической картине депрессивных синдромов. В связи с этим иногда аутопсихическую деперсонализацию называют депрессивной. Скорбное бесчувствие может наблюдаться при некоторых формах шизофрении.

Описаны рудиментарные проявления сенсорной гипопатии у детей четырех лет и старше. Больные заявляли, что «перестали любить маму», «потеряли радость». Выделить симптомы аутопсихической деперсонализации в клинической картине эндогенного психоза бывает очень сложно. Основными отличиями деперсонализационных переживаний от эндогенных заболеваний В. В. Ковалев (1985) считает относительную простоту, отсутствие вычурности и отношение к ним больных, как к нереальным явлениям.

Приведенные три вида сенсорных гипопатии чаще сочетаются в единой клинической картине, но могут встречаться и порознь. Чем младше ребенок,

тем реже встречаются у него проявления деперсонализации, а возможно, их просто сложнее обнаружить. Ведь сенсорные гипопатии вызывают у больных столь необычные переживания, что рассказать о них можно, только прибегая к помощи метафор. Для этого необходим достаточно большой словарный запас, в связи с чем некоторым детям (впрочем, и некоторым больным) бывает сложно выразить, что с ними происходит. Это затрудняет диагностику.

Нужно подчеркнуть, что все указанные поведенческие реакции и жалобы детей только дают возможность заподозрить наличие элементов сенсорных гипопатии, но могут быть проявлениями и других нарушений. Чтобы правильно их идентифицировать, необходимо оценить клиническую картину в целом, наблюдать пациента в динамике.

Термин «деперсонализация» неоднозначно трактуется представителями разных школ. Некоторые психиатры относят деперсонализации к психосенсорным расстройствам, что вряд ли обоснованно. Суть деперсонализаций — в снижении уровня восприятия, поэтому правомерно относить их именно к группе сенсорных гипопатии, а не к психосенсорным расстройствам, при которых восприятие искажено.

Многие считают синонимами деперсонализации и нарушения самосознания, однако не меньшее количество психиатров, как и мы, относят деперсонализации к расстройствам восприятия. В. М. Башина (1989), выделяя у детей старше трех лет 11 типов «расстройств, близких к кругу нарушений самосознания», замечает, что «так называемые деперсонализационные расстройства» правильнее определять как расстройства самосознания. В соответствующем разделе они будут нами рассмотрены. В качестве составляющих деперсонализации безусловно могут входить в различные синдромы, в том числе и в синдромы нарушения сознания, самосознания, и в депрессивные синдромы.

Агнозии — связанная с нарушениями определенных отделов коры больших полушарий головного мозга неспособность узнавания предметов и явлений при сохранности периферических отделов анализаторов.

Как указывалось, в процессе восприятия немаловажную роль играет узнавание воспринимаемого объекта. Это обусловливает правомерность отнесения агнозий к нарушениям восприятия — его утрате.

Различные формы агнозий выделяют в зависимости от типа пораженного анализатора.

Оптическая (греч. «opticos» — относящийся к зрению) *или зрительпая агнозия* характеризуется неузнаванием при рассматривании знакомых предметов и явлений, не связанном с нарушениями работы периферического отдела зрительного анализатора. Подобные расстройства свидетельствуют о тяжелых, чаще двусторонних поражениях вторичных полей в области затылочной доли коры больших полушарий головного мозга.

Описавший впервые зрительную агнозию Г. Лиссауэр (H. Lissauer) назвал ее «душевной слепотой». Он различал:

— *ассоциативную* (лат. «associatum» — присоединять) *оптическую агнозию,* при которой больной правильно воспринимает детали изображения, но не в силах узнать предмет целиком;

— *апперцептивную* (лат. appercеptio: «ар» — приставка, обозначающая присоединение, «perceptio» — восприятие) *зрительную агнозию,* характеризующуюся тем, что больной не узнает и деталей.

Позднее была описана *симультанная* (франц. «simultane» — одновременный) *оптическая агнозия,* при которой у больного сохранено узнавание отдельных рассматриваемых объектов, но отсутствует способность воспринимать их группу как целое или ситуацию в целом.

К оптическим относится также *пространственная агнозия, возникающая* при поражении третичных полей коры теменно-затылочных долей. Больные с подобными нарушениями не способны правильно оценить расстояние, пространственные соотношения, что приводит к трудностям ориентировки. Ребенок, страдающий таким нарушением, никак не может научиться различать правую и левую стороны, узнавать время по расположению стрелок на часах. Он неправильно оценивает расположение цифр, букв

Вариантом оптической агнозии является и *прозопагнозия* (греч. prosopognosia: «prosopon» — лицо), при которой больные не узнают хорошо знакомые им лица.

Акустическая (греч. «akusticos» — относящийся к слуху) *или слуховая агнозия* проявляется неспособностью различать фонемы (звуки речи) и узнавать предметы по характерным издаваемым звукам при отсутствии тугоухости. Развивается акустическая агнозия при поражениях вторичных полей в области височной доли коры доминантного полушария головного мозга. Больной с акустической агнозией не улавливает различий между глухими и звонкими фонемами, не может правильно воспроизводить и писать их. Ребенок, имеющий подобное поражение, страдает сенсорной афазией (греч. aphasia: «а» — не, без, «phasia» — речь).

Тактильная агнозия проявляется неспособностью определять на ощупь особенности поверхности предмета, а *астереогнозис* (греч. astereognosis: «а» — не, без; «stereos» — объемный, пространственный; «gnosis» — познавание) — невозможность определения предмета на ощупь при сохранности температурной, проприоцептивной чувствительности. *Анхилогнозия* (греч. anchylognosis: «an» — не, без; «chylos» — сок; «gnosis» — познавание) — это нарушение тактильного узнавания массы, температуры и текстуры объекта, а *аморфогнозия* (греч. amorphognosis: «а» — не, без; «morphe» — форма; «gnosis» — познавание) — нарушение узнавания формы объекта. Агнозию, при которой отдельные качества знакомого предмета (форма, температура, объем) больной правильно определяет на ощупь, но не может его опознать, называют *тактильной семантической агнозией.*

При *болевой агнозии* все кожные покровы равномерно теряют способность воспринимать боль. Укол при этом воспринимается как простое прикосновение.

Своеобразной формой агнозии является *аутотопагнозия* (греч. autotopognosia: «autos» — сам; «topos» — не, «gnosis» — познавание), заключающаяся в затруднении определения участков и частей своего тела.

При поражении медиобазальных участков коры височной доли головного мозга возникают *обонятельная и вкусовая агнозии,* при которых нарушается способность узнавать предметы по запаху и вкусу. Периферические анализаторы при этом сохранны.

В детской практике агнозии часто встречаются у нуждающихся в реабилитации детей с резидуально-органическими поражениями головного мозга перинатального генеза. Остро и подостро развивающиеся агнозии могут свидетельствовать о мозговой инфекции, а также о травме головного мозга или опухолевом процессе, причем характер агнозии может указывать на месторасположение очага поражения. Таким образом, агнозии в основном встречаются при органическом поражении головного мозга, однако у подростков могут наблюдаться функциональные агнозии истерического генеза.

Качественные расстройства восприятия

К качественным расстройствам восприятия относят его искажение и обманы.

К искажению восприятия относят так называемые *психосенсорные* (лат. «psychikos» — психический, душевный; «sensus» — чувство) и *оптико-вестибулярные* (греч. «opticos» — относящийся к зрению, лат. «vestibularis» — относящийся к преддверию) расстройства.

К обманам восприятия относят *иллюзии* (лат. «illusio» — ошибка, заблуждение) и *галлюцинации* (лат. «hallucinationes» — видения).

Искажения восприятия

При *психосенсорных расстройствах* больные правильно идентифицируют воспринимаемые объекты, узнают их, однако форма, размеры, вес, форма собственного тела и его частей, а также расположение в пространстве предметов искажены. Это приводит к нарушению сенсорного синтеза, зрительно-пространственной ориентировки.

Нарушение зрительного восприятия, при котором искажается форма и размеры видимых предметов, называется *метаморфопсией* (греч. metamorphopsia: «meta» — здесь приставка, означающая превращение; «morphe» — форма, «opsis» — зрение) или *дисморфопсией* (греч. dysmorphopsia: «dys» — приставка, означающая отклонение от нормы, «morphe» — форма, «opsis» — зрение).

Искажение зрительного восприятия формы, при котором измененными оказываются части предмета, в результате чего он кажется изломанным, перекрученным, имеет специальное название: *дисмегалопсия* (греч. dysmegalopsia: «dys» — приставка, означающая отклонение от нормы, «megas» — большой, «opsis» — зрение). Такие нарушения характерны для нейроинфекций, некоторых делириев, например, при наркотическом опьянении циклодолом.

Неправомерно утверждение некоторых авторов, считающих метаморфопсии «органическими иллюзиями», так как последние, являясь обманом вос-

приятия, сопровождаются нарушением идентификации воспринимаемого предмета. Также неудачным представляется расширительное понимание метаморфопсий. В литературе часто термином «метаморфопсия», помимо искажения формы предметов, обозначают и искажения их размеров. Для обозначения последних существуют специальные термины: *микропсия* (греч. micropsia: «mikros» — малый, «opsis» — зрение), характеризующаяся существенным уменьшением реального размера предмета, и *макропсия* (греч. macropsia: «makros» — большой, «opsis» — зрение), характеризующаяся увеличением действительного размера.

При искажении *восприятия схемы тела* нарушен синтез проприоцептивных ощущений. Больные замечают, что тело или отдельные его части становятся очень тяжелыми, или наоборот легкими, меняются их размеры. Какие-то части тела могут исчезать вообще, что создает фантастические формы. В 1925 г. С. А. Есенин в поэме «Черный человек» так передавал ощущения героя, находящегося в состоянии алкогольной интоксикации:

«Голова моя машет ушами, как крыльями птица.
Ей на шее ноги маячить больше невмочь»

Ощущения распухания тела или отдельных его частей бывают у подростков при наркотическом опьянении мескалином или псилоцибином. Иногда расстройства схемы тела наблюдаются у детей с приступообразной шизофренией. По мнению Г. Е. Сухаревой (1955), расстройства схемы тела чаще встречаются у детей младшего возраста.

Искажение восприятия, при котором расположение в пространстве предмета представляется больному непомерно удаленным или, наоборот, приближенным по сравнению с реальным, называется *порропсией* (греч. porropsia: «porro» — дальше, «opsis» — зрение).

При *оптико-вестибулярных расстройствах* искаженно воспринимается местоположение окружающих предметов, их устойчивость. К ним относится: *оптическая аллестезия* (греч. allestesia: «alios» — иной, другой, ««aesthesis» — ощущение), при которой больному кажется, что предметы не на том месте, где они находятся в действительности. При *оптической буре* создается впечатление, что все вокруг приходит в движение, больные жалуются, что все вокруг движется, рушится. Эти расстройства могут входить в клиническую картину депрессивного варианта синдрома Котара (J. Cotard). Он встречается не только у взрослых, но и у детей старшего возраста и подростков. Этот синдром иногда называют еще синдромом «гибели мира», так как бредовая интерпретация оптической бури порождает соответствующие жалобы. Нарушения синтеза вестибулярных и проприоцептивных стимулов может проявляться в субъективных ощущениях проваливания, легкости в теле, полета или, наоборот, тяжести и проваливания, падения.

Полиопией (греч. polyopia: «polys» — многий, «opos» — глаз) или *полиопсией* (греч. polyopsia: «polys» — многий, «opsis» — зрение) называется искажение восприятия, при котором количество воспринимаемых предме-

тов больше, чем на самом деле. Вместо одного, больной может видеть два и больше образов. К. Ясперс (K. Jaspers) приводит сведения о больном с «семикратным видением». Такие нарушения могут встречаться при нарушениях периферического отдела зрительного анализатора, а также при интоксикациях, нарушениях сознания, шизофрении.

Психосенсорные и оптико-вестибулярные расстройства могут быть связаны с нарушениями работы как периферического отдела зрительного анализатора (аномалии рефракции глаза, спазм аккомодации, поражение желтого пятна сетчатки), так и центрального, связанные с интоксикацией, органическим поражением головного мозга, с психотическими состояниями.

При эпилепсии, эпилептиформном синдроме они носят пароксизмальный характер и могут быть как проявлением ауры, так и возникать в течение приступа. Также психосенсорные расстройства могут отмечаться при истерических неврозах, имея при этом функциональную природу.

У наблюдаемой нами больной эпилепсией Лены Щ. 7 лет впервые приступ возник после того, как мать без санкции врача прекратила давать противосудорожные препараты. Впервые внезапно возникло состояние, во время которого девочка жаловалась на то, что «потолок может упасть, так как стены двигаются».

В. В. Ковалев (1985) считает, что психосенсорные расстройства с видоизменением или трансформацией образов восприятия могут встречаться уже у детей первых лет жизни.

Как правило, и у детей, и у подростков, и у взрослых психосенсорные расстройства указывают на резидуальную церебральную недостаточность.

Обманы восприятия

Обманы восприятия принципиально отличаются от искажений тем, что больной либо не идентифицирует воспринимаемый объект (иллюзии), либо объект вообще отсутствует (галлюцинации). Ш. Ласег (Ch. Lasegue) остроумно заметил (1881), что между иллюзией и галлюцинацией разница такая же, как между злословием и клеветой: иллюзия извращает реально существующий факт, а галлюцинация сочиняет все до мелочей, в ней нет ни слова правды. Появление галлюцинаций указывает на более глубокие расстройства восприятия, чем возникновение иллюзий.

Благоприятные условия для появления обманов восприятия создает сенсорная депривация. Чем меньше стимулов поступает к органам чувств, тем больше вероятность их возникновения. Такие условия чаще создаются в ночное время и ранним утром. Обманы, появляющиеся в период засыпания, называются *гипнагогическими* (греч.: hypnagogicae: «hypnos» — сон, «agogos» — вызывающий), а при пробуждении — *гипнопомпическими* (греч.: hypnopompicae: «hypnos» — сон, «pompos» — сопутствующий).

У вполне здорового впечатлительного ребенка при эмоциональном напряжении могут возникнуть так называемые *аффективные* (лат. «affectus» — переживание) обманы восприятия. Их, подчеркивая происхождение, также называют *аффектогеииыми* (греч. «genesis» — развитие).

Если человек постоянно думает о чем-то для него важном, вынашивает какие-то идеи, у него могут возникнуть отражающие содержание его переживаний иллюзии или галлюцинации. Е. Дюпре (Е. Dupre) называл их галлюцинациями *воображения*.

Возможны также *внушенные* обманы восприятия, возникающие в результате внушения наяву или в гипнозе. К ним следует отнести и *индуцированные* (лат. «inductum» — вводить) обманы восприятия, возникающие у нескольких лиц одновременно в результате взаимного внушения.

Содержание обманов восприятия у детей отражает их переживания и интересы. В младшем возрасте — это образы сказочных персонажей, героев сказок, мультфильмов, детского фольклора («страшилок»). В старшем возрасте в иллюзиях и галлюцинациях присутствуют образы персонажей из фантастических романов, боевиков, детективов, а также звезды эстрады.

Функциональные обманы восприятия появляются только при наличии какого-то реального раздражителя и отмечаются только в течение того времени, что он действует. При иллюзиях раздражитель трансформируется в какой-то другой образ, а при галлюцинациях обманный образ возникает и воспринимается параллельно с раздражителем и исчезает при прекращении его действия. Нарушения восприятия, при которых раздражитель только провоцирует обман, но не воспринимается сам, называют *рефлекторными,* отмечал К. Кальбаум (K. Kahlbaum).

По органам чувств выделяют *зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые* обманы восприятия. Слуховые обманы восприятия, при которых больные воспринимают слова, называются *вербальными* (лат. «verbalis» — словесный).

У детей чаще чем у взрослых возникают обманы восприятия предметов и явлений, происходящего, причем преобладают зрительные. Причины этого В. В. Ковалев (1985) видит в следующем:

— процесс восприятия у детей недостаточно дифференцирован;

— гностические процессы незрелы;

— сильное влияние эмоций на перцептивную функцию;

— малый жизненный опыт;

— повышенная внушаемость и самовнушаемость;

— отсутствует четкая граница между образами восприятия и представлениями;

— усиленная деятельность воображения;

— склонность к фантастической переработке образов восприятия.

Иллюзиями называют ошибочное восприятие реально существующих и доступных в момент восприятия предметов и явлений. Их возникновению у детей нередко благоприятствует целый ряд факторов. Это хорошо отражено в детском стихотворении С. Я. Маршака «Чего боялся Петя»:

«В темноте увидел Петя
ступу с бабою Ягой,
На рассвете оказалось,
Это печка с кочергой...

Из угла, увидел Петя,
Смотрит грозный великан.
На рассвете оказалось,
Это шкаф и чемодан».

Именно так у тревожных детей возникают иллюзии. В полумраке, во время физиологического сужения сознания непосредственно перед сном и при пробуждении дети часто принимают за устрашающие образы обычные предметы. Аффективные иллюзии могут быть спровоцированы просмотром фильма ужасов, страшными историями, сказками.

Пример. Маша М., 5 лет. Каждый вечер папа перед сном рассказывал дочке сказки о хорошей девочке Маше и плохой Ашам. Однажды вечером девочка находилась одна в комнате, закричала, дрожа, показывала прибежавшим родителям на окно, уверяла их, что в него «лезет Ашам». На самом деле ее напугали тени от качающихся за окном веток дерева.

Также возникновению иллюзий могут способствовать такие факторы, как нарушения зрения, слуха, состояния переутомления, интоксикации. Токсикоманическое, наркотическое, алкогольное опьянения, как правило, сопровождаются появлением иллюзорных обманов.

Зрительные иллюзии, основой которых послужили узоры на обоях, коврах, трещинки на потолке, называются *парейдолическими* (греч. «para» - ошибочное отождествление, «eidolon» — изображение).

К. Ясперс выделял *иллюзии невнимания.* Они возникают, когда человек, слишком сосредоточив внимание на одном предмете, может неправильно воспринимать другой. У детей иллюзии невнимания встречаются довольно часто.

Галлюцинации — расстройства восприятия в виде образов, непроизвольно возникающих без реального раздражителя (объекта) и приобретающих для больного характер объективной реальности.

Различают *простые, сложные* и *комплексные* галлюцинации. При простых — обманные образы элементарны. При сложных они более содержательны. При комплексных — галлюцинаторные образы сложны и представлены одновременно разными сенсорными модальностями (например, больной видит человека, слышит его речь, ощущает исходящий от него запах и тепло его прикосновения).

При психотрав миру ющих ситуациях, реактивном психозе возникают *ассоциированные* галлюцинации, описанные Ж. Сегла (J. Segla). Зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные галлюцинации, которые при этом испытывают больные, логично связаны друг с другом.

Галлюцинации, которые больной вызывает у себя сам волевым усилием, называются *апперцептивными* (лат. «ар» — приставка, означающая дополнение, «perceptio» — восприятие). Обычно они связаны с токсико- и наркоманией, реже — с оживлением предшествующих психопатологических переживаний.

Простые зрительные галлюцинации называются *фотопсией* (греч. photopsia: «photos» — свет, «opsis» — зрение). Они могут возникать при пора-

жении сетчатки, при психических расстройствах. Больные при этом жалуются на появление элементарных зрительных образов: круги, зигзаги, пятна, искры и т. п. Такие галлюцинации возможны как во время эпилептической ауры, так и при сумеречных нарушениях сознания, являющихся эквивалентами эпилептических припадков — Д. Джексон (J. Jackson).

Содержание сложных зрительных галлюцинаций включает части, фрагменты предметов, людей *(фрагментарные* галлюцинации), их целые мнимые образы, иногда сцены *(сценические* галлюцинации).

К. Бонгеффером (K. Bonhoeffer) описаны зрительные галлюцинации, наблюдающиеся при алкогольном делирии, которые он назвал *дразнящими.* При этом больной видит образы, как правило, вызывающие у него отрицательные эмоции. При попытке приблизиться образы удаляются. Если больной останавливается, садится, — образы снова приближаются, вызывая у него раздражение, а порой и гнев.

Также при делирии больные часто видят мнимые образы мелких насекомых, животных. Такие галлюцинации получили название *зоопсий* (греч. zoopsia: «zoon» — животное, «opsis» — зрение).

Больные могут видеть на окружающих предметах слова, полные какого-то важного смысла *(зрительные вербальные* галлюцинации Ж. Сегла).

При *аутоскопических* (греч. autoscopicae: «autos» — сам, «scopeo» — рассматривать) галлюцинациях больной видит себя. Также эти галлюцинации называют *дейтероскопическими* (греч. deitheroscopicae:» deitheros» — двойник).

Зрительные галлюцинации, описанные в 1769 г. Ш. Бонне (Ch. Bonnet), характеризуются появлением галлюцинаторных образов, не смешивающихся с воспринимаемой правильно реальностью. Больные видят движущиеся фигуры, пейзажи, иногда эти видения их забавляют, но вызвать их по желанию они не могут. Галлюцинации Ш. Бонне связаны с нарушениями периферического отдела зрительного анализатора (глаукома, катаракта и др.). В зависимости от стороны поражения галлюцинаторные образы имеют локализацию в пространстве справа или слева, могут блекнуть и даже исчезать при взгляде больного в другую сторону. Так как центральный отдел анализатора при галлюцинациях Ш. Бонне, как правило, не затронут, больные критически относятся к видимым образам, не подвергают их бредовой интерпретации (не считают, что видят призраков или что эти образы кто-то внушает им).

В большинстве случаев зрительные обманы отмечаются больными в пределах восприятия зрительного анализатора (интракампинно). Зрительные галлюцинации, при которых возникают визуальные образы вне поля зрения больного (сзади, сбоку), называются *экстракампиниые* (лат. «extra» — вне, «campus» — поле). Э. Блейлер (E. Bleuler) считал экстракампиниые галлюцинации характерными для шизофрении (1903).

Галлюцинации, при которых размеры мнимых образов соответствуют обычным, называются *нормоптическими* (греч. normopticae: лат. «norma» — норма; греч. «optikos» — относящийся к зрению). Если галлюцинаторные

образы отличаются уменьшенным размером, то это — *микроптические* (греч. micropticae: «mikros» — маленький; «optikos» — относящийся к зрению) или, как их еще называют, *лилипутовые* галлюцинации, а если размеры увеличены — *макроптические* (греч. macropticae: «makros» — большой; «optikos» — относящийся к зрению).

К простым слуховым галлюцинациям относятся *акоазмы* (греч. «acoasma» — слышимое) и *фонемы* (греч. «phone» — голос). Больной слышит элементарные звуки: стук, свист, звон, шипение (акоазмы) или оклики, обрывки фраз (фонемы). При вирусных инфекционных психозах нередко возникают слуховые галлюцинации шума воды (дождя, волн, журчание ручья, фонтана, водопровода и т.п.). Они называются гигрическими (греч. «hygros» — влажный).

Сложные слуховые галлюцинации содержат сложные акустические образы. Больные при этом могут слышать сложные музыкальные произведения. Однако чаще всего больные слышат речь, то есть сложные слуховые галлюцинации являются преимущественно вербальными. По содержанию вербальные галлюцинации делятся на следующие виды:

— *комментирующие* или *телеологические* (греч. teleologicae: «teleos» - завершенный; «logos» — здесь: рассуждение), при которых больной слышит голос, комментирующий его действия;

— *императивные* (лат. imperativae: «imperatum» — приказывать), *повелевающие, приказывающие* заставляют больного совершать разные движения, что-то говорить. Как правило, эти приказы противоречат его желаниям;

— *обвиняющие* голоса ругают больного, содержание их обвинений, как правило, отражает его переживания, житейскую ситуацию;

— *хулящие* обманы восприятия похожи на обвиняющие, однако больной, испытывающий их, слышит не просто обвинения, а потоки брани, часто незаслуженной;

— *хвалящие* голоса льстивы, они приятны больным;

— *оправдывающие* — находят смягчающие обстоятельства, объясняющие какие-то неблаговидные поступки пациента;

— *антагонистические или контрастирующие* галлюцинации характеризуются чередованием голосов угрожающих, защищающих, обвиняющих, хвалящих. Иногда они носят характер диалога;

— *дублирующие* голоса повторяют фразы, сказанные больным.

Чем старше ребенок, тем чаще содержание обманов становится сложнее, тем чаще отражает не фантазии, а житейские ситуации.

Вестибулярные галлюцинации были описаны в 1909 г. А. Пиком (A. Pick). Он связывал их возникновение с несоответствием между зрительными и вестибулярными раздражениями. Больные при этом утверждали, что стены комнаты передвигаются, изгибаются, что люди, предметы и они сами проходят сквозь стены. Критического отношения к обманам у больных нет. Такие нарушения нередко указывают на поражение дна IV желудочка головного мозга.

Осязательные галлюцинации возникают в виде тактильных образов одушевленных или неодушевленных объектов на поверхности тела или под кожей. К ним относятся:

— *дерматозойные* (греч. «derma» — кожа, «zoon» — животное) галлюцинации проявляются в виде тактильных образов мучительных ощущений укусов, щекотания, ползания на коже или под ней каких-то мелких животных, неасекомых;

— *гаптические* (греч. hapticae: «hapto» — прикасаться), при которых больным кажется, что кто-то хватает их, прикасается;

— *термические* (греч. «thermos» — теплый) — мерещатся прикосновения горячих или холодных предметов;

— *гигрические* (греч. hygricae: «hygros» — влажный) — больные испытывают ощущение влаги на поверхности кожи;

— *оральные* (лат. oralis: «oris» — рот) — у больных возникает ощущение какого-то предмета во рту (например, волос, бумаг);

— *генитальные* (лат. «genitalis» — половой) галлюцинации были описаны в 1891 г. В. Маньяном (V. Magnan). Больные, страдающие ими, жалуются, что их половыми органами кто-то манипулирует, совершает развратные действия. Эти галлюцинации довольно часто встречаются в период физиологической юношеской гиперсексуальности.

Р. Я. Гол ант (1939) описала своеобразные галлюцинации больных эпидемическим энцефалитом. У них возникали обманные ощущения движений, которых они на самом деле не производили.

При *обонятельных* галлюцинациях больного преследуют запахи, которых на самом деле не существует. Условно можно разделить их на две группы:

— запахи, которые, как считает больной, исходят от него. Догадаться об этих обманах можно по его поведению: он старается меньше общаться с людьми, иногда перестает выходить из дома, часто и подолгу моется, неумеренно использует дезодоранты, духи;

— запахи, исходящие от окружающих предметов. Часто ими становятся продукты питания. В этом случае он может начать бороться с недоброжелателями-отравителями, писать жалобы в разные инстанции, устраивать скандалы, а иногда и прибегать к насилию. Обонятельные галлюцинации могут быть первым симптомом шизофрении, впоследствии приобретающим бредовую интерпретацию. Как правило, такой дебют свидетельствует о неблагоприятном течении процесса и печальном прогнозе.

Висцеральные (лат. «viscera» — внутренности) или *энтероцептивпые* галлюцинации характеризуются жалобами больных на присутствие во внутренних органах каких-либо посторонних предметов или существ.

Вкусовые галлюцинации трудно отличить от иллюзий. Вкус, испытываемый больными, как правило, неприятный, не соответствует принимаемой пище или возникает вне приема пищи.

В 1844 г. Г. Байярже (J. Baillarge) описал галлюцинации, лишенные чувственного компонента. Больной слышал голоса, но не мог определить пол, возраст говорившего. Он испытывал зрительные галлюцинации, но они были

плоскими, прозрачными, бесцветными, явно отличались от реальных объектов, то есть были не сенсореальны, *аделоморфны* (греч. adelomorphae; «adelos» — неясный, «morphe» — образ). Г. Байярже назвал такие галлюцинации *психическими*.

В 1880 г. В. Х. Кандинский описал *псевдогаллюцинации* и предложил следующие критерии их отличия от так называемых истинных галлюцинаций:

— критерий сенсореальности;
— критерий проекции галлюцинаторных образов в пространстве;
— критерий способа восприятия галлюцинаторного образа;
— критерий «сделанности» галлюцинаторных образов;
— критерий осознания галлюцинаторного образа.

Критерий сенсореальности является основным критерием отличия псевдогаллюцинаций от истинных. Он определяется наличием или отсутствием у больного «ощущения объективности и действительности» при восприятии галлюцинаторных образов.

Истинные галлюцинаторные образы практически неотличимы от воспроизводимых реальных образов. Больной с истинными вербальными галлюцинациями удивляется, когда понимает, что окружающие не слышат «голосов», может точно сказать, кому голос принадлежит, вступает с ним в диалог, затыкает уши при неприятных сообщениях. Истинные зрительные образы настолько сенсореальны, что заставляют больного действовать. В зависимости от фабулы галлюцинации он убегает, нападает, кого-то ловит и т. д.

При псевдогаллюцинациях сенсореальности нет, хотя В. Х. Кандинский, сам не раз испытавший их, подчеркивал, что они «живые и чувственные до крайности». От истинных их отличает отсутствие «присущего последним характера объективной действительности». Они «сознаются как нечто субъективное, однако вместе с тем как нечто аномальное, новое, нечто весьма отличающееся от обыкновенных образов воспоминания и фантазии». При вербальных псевдогаллюцинациях больной не удивлен тем, что окружающие не слышат голос, затрудняется определить его принадлежность кому-либо. Голоса часто характеризуются больными как «тихие», «механические», «нечеловеческие». Если больной и вступает с ними в диалог, то только мысленный. При зрительных псевдогаллюцинациях больной с удивлением рассматривает являющиеся ему образы, но даже при устрашающем их характере, как правило, не старается скрыться, принять меры защиты. Больные часто характеризуют зрительные псевдогаллюцинаторные образы как «призрачные», «плоские», «прозрачные», «бесплотные» и т. д.

Суть *критерия проекции* галлюцинаторных образов в пространстве заключается в том, что истинные галлюцинаторные образы, как и реально существующие воспринимаемые образы, проецируются исключительно в окружающее воспринимаемое пространство (экстрапроекция), а псевдогаллюцинации могут локализоваться больным как в окружающем (экстрапроекция), так и в субъективном пространстве (интрапроекция). Причем интрапроекции встречаются значительно чаще. Пациент, продуцирующий зритель-

ные псевдогаллюцинации, «видит» изображения животных, предметов «внутренним оком», с закрытыми глазами. При вербальных псевдогаллюцинациях он «слышит» голоса внутри головы. В. Гризингер (W. Griesinger) пытался иллюстрировать эту особенность псевдогаллюцинаций цитатой из трагедии В. Шекспира «Гамлет». В дословном переводе она звучит так:

«**Гамлет.** ...Мой отец!
Мне кажется, я вижу моего отца!
Горацио. Где, милорд?
Гамлет. Оком души, Горацио»
(Акт 1, сцена 2)*

Этот пример впоследствии приводился в руководстве по психиатрии В. А. Гиляровским (1931), в учебнике по психиатрии А. В. Снежневским (1968). Между тем, пример нельзя считать удачным. Во-первых, слова Гамлета можно воспринимать как поэтический образ, никак не связанный с психическими расстройствами. Ведь если, например, юноша говорит, что «любимая в его сердце», вряд ли кто-нибудь решит, что у него галлюцинации. Разговаривая с душевнобольными, необходимо допускать возможность использования ими метафор, сравнений и т.п., не спешить трактовать их как психопатологическую симптоматику.

Во-вторых, даже если фразу Гамлета считать обманом восприятия, то, точнее, будет квалифицировать ее как галлюцинацию *воображения* Е. Дюпре. Ведь Гамлет был угнетен смертью отца, постоянно думал о нем.

Если все же воспользоваться произведением В. Шекспира, то более удачным примером можно считать появление призрака перед Гамлетом, Горацио, Марцеллом и Бернардо (акт 1, сцена 4). С оговорками («Гамлет» — художественное произведение, а не клинический случай!) их обманы восприятия можно назвать *индуцированными*. Их появлению способствовали предшествующие разговоры о призраке, состояние эмоционального напряжения, полумрак.

Ярким примером галлюцинации может служить явление Гамлету призрака во время разговора с матерью (акт 3, сцена 4):

«**Королева.** О, милый сын,
пролей прохладную сдержанность
на жаркий пламень твоего безумия.
На что вы смотрите?
Гамлет. На него, на него! Посмотрите, как он бледен.

Королева. Кому вы это говорите?
Гамлет. Разве вы там ничего не видите/
Королева. Ничего. Хотя я вижу все что есть.
Гамлет. И вы ничего не слыхали?
Королева. Ничего, кроме наших собственных слов»

* Здесь и далее подстрочный перевод М. М. Морозова.

Яркий и чувственный образ отца Гамлет проецирует в окружающее пространство (экстрапроекция). Гамлет уверен в его реальности, удивляется, что его не видит и не слышит мать. Когда Королева пытается объяснить ему, что отец не приходил, что «это создание вашего мозга: исступление чувств искусно в создании бесплотных образов», Гамлет не соглашается: «Исступление чувств! Мой пульс, как и ваш, умеренно соблюдает ритм и создает здоровую музыку. Я говорил не в безумии. Испытайте меня, и вы убедитесь, что я все могу пересказать, тогда как сумасшедший человек перепрыгивает с предмета на предмет». Именно так ведут себя больные с истинными галлюцинациями, обижаясь, когда окружающие не верят в реальность того, что они видят и слышат.

Критерий способа восприятия галлюцинаторного образа связан с его обычностью или необычностью. При истинных галлюцинациях анализаторам больного теоретически доступно было бы воспринять образы обманов восприятия, если бы они были реальными.

При псевдогаллюцинациях как бы происходит расширение перцептивных возможностей больного, и он воспринимает раздражители, находящиеся вне досягаемости его анализаторов. Он якобы может слышать разговор, происходящий за много километров от того места, где он находится, видеть то, что происходит за закрытой дверью или внутри него самого. Больной понимает необычность восприятия, но не сомневается в его реальности.

Критерий «сделанности» галлюцинаторных образов определяется наличием или отсутствием у больного необходимости объяснить появление галлюцинаторных образов. При истинных галлюцинациях такой потребности у него нет, так как обманы сенсореальны и располагаются, как и реальные образы, в окружающем пространстве.

При псевдогаллюцинациях больной начинает воспринимать то, что ранее было не доступно. Он пытается объяснить себе и окружающим свои необычные способности и делает это в зависимости от своей религиозности, мистифицированности, уровня образования и культурной среды. Так, голоса в голове один пациент объясняет воздействием гипноза, другой — радиоволн, третий — божественным откровением, четвертый — «открывшейся чакрой» и т. д.. Все разнообразные объяснения объединяет одно: уверенность больных, что галлюцинаторные образы, которые они испытывают, кем-то сделаны (врачами-вредителями, колдунами, богом, инопланетянами и пр.).

Критерий осознания галлюцинаторного образа характеризуется тем, что при истинных галлюцинациях у больного нет осознания того, что он испытывает обманы восприятия.

При псевдогаллюцинациях больные, сохраняя чувственный компонент восприятия, осознают, что галлюцинаторные образы отличаются от реальных, часто понимают, что это отклонение от нормы.

Умение выявлять и дифференцировать истинные и псевдогаллюцинации очень важно для психиатра. Расспрос пациента с истинными галлюцинациями отличается от пациента с псевдогаллюцинациями. Истинные галлюцинации чаще свидетельствуют об остроте заболевания, псевдогаллюцинации - о подостром или хроническом течении. Больные с истинными галлюцина-

циями более активны, чаще бывают агрессивными. Истинные галлюцинации чаще указывают на экзогенный характер заболевания, а псевдогаллюцинации — на эндогенный.

Творческая фантазия является важным компонентом деятельности ребенка. Каждый нормально развивающийся ребенок большой фантазер, поэтому большие трудности возникают при дифференцировании обманов восприятия от продуктов бурного детского воображения, визуализированных эйдетических представлений, сновидений. По содержанию (житейские ситуации, услышанное, прочитанное, увиденное, неосуществленные, а часто и неосуществимые желания) они могут быть схожи, но к фантазиям ребенок относится критично. Фантазии, по мнению В. Х. Кандинского, больше, чем галлюцинации, зависят от воли индивида. В отличие от них галлюцинации возникают спонтанно, непроизвольно, ребенок не может избавиться от них по желанию.

Большинство исследований считает доказанным возможность эпизодических обманов восприятия у детей 2,5-3 лет, хотя такие наблюдения редки. Чем младше ребенок, тем труднее выявлять у него обманы восприятия, тем менее они разработаны, дифференцированы, стойки. У детей дошкольного и младшего школьного возраста чаще встречаются истинные зрительные галлюцинации, реже тактильные и слуховые. Нечастые вербальные обманы обычно носят характер окликов, императивных приказов. Совсем редко отмечаются вкусовые и обонятельные галлюцинации. У старших школьников, подростков, как и у взрослых, преобладают вербальные галлюцинации. У детей, в отличие от взрослых, меньше выражена зависимость характера галлюцинации от нозологической формы.

Уже говорилось о преимущественно аффектогенной природе обманов восприятия в детстве.

Также часто они встречаются при интоксикациях инфекционного или токсикоманического происхождения. При инфекционных заболеваниях на фоне высокой температуры в структуре делириозных эпизодов нарушения сознания отмечаются истинные зрительные, тактильные дерматозойные галлюцинации.

К сожалению, все чаще детским психиатрам приходится сталкиваться с больными, искусственно вызывающими у себя обманы восприятия. При опьянении парами пятновыводителей токсикоманы добиваются визуализации представлений, вызывая у себя «глюки» желанного содержания: «о чем подумаю, то и увижу» (апперцептивные галлюцинации). На сленге подростков визуализация таким путем сексуальных фантазий называется «смотреть стриптиз» (А. Е. Личко). У надышавшихся паров бензина возможно развитие делирия, сопровождающегося истинными устрашающими галлюцинациями. При использовании ацетона возникают онейроидные состояния с красочными грезоподобными фантазиями. Калейдоскопические зрительные галлюцинации вызывает применение различных галлюциногенов.

Обманы восприятия, встречающиеся у детей при эпилепсии в структуре ауры или самого припадка, отличаются однообразием, повторяемостью. Чаще

это акоазмы, фотопсии, иногда больной видит одно и то же лицо, фигуру. Могут быть обонятельные галлюцинации.

Например, Саша К., 10 лет, больной эпилепсией, перед приступом каждый раз жаловался на запах гари.

При эндогенных психических расстройствах в дошкольном возрасте обманы восприятия отличаются нелепостью, вычурностью, нередко фрагментарны, порой получают бредовое истолкование. Нередки тактильные дерматозойные галлюцинации и зоопсии. Так как часто галлюцинации носят гипнагогический и гипнопомпический характер, дети принимают их за сновидения. В. М. Башина (1989) отмечала у дошкольников, больных шизофренией, сочетания висцеральных и оральных галлюцинаций.

При остром дебюте шизофрении у подростков больше зрительных истинных галлюцинаций устрашающего содержания, много зоопсий (крысы, пауки, черви). Физиологическая гиперсексуальность подростков является благоприятным фоном для развития генитальных галлюцинаций. Обнаружить их бывает довольно трудно, что объясняется спецификой содержания.

Аня П., 14 лет, перед сном в постели чувствовала неприятные, иногда болезненные прикосновения к половым органам. Никому об этом не рассказывала, настроение было угнетенным. Строила предположения, что это — «наказание Бога за мастурбацию».

Вербальные галлюцинации могут отражать обыденные страхи.

Сергей Д., 15,5 лет, отказался ходить в школу, потом перестал выходить из своей комнаты. Плакал, жаловался, что за дверью шепчутся одноклассники, хотят его побить.

При вялотекущем процессе у подростков обманы восприятия не являются основными в клинической картине. Они представлены редкими одиночными вербальными (оклики, «бормотание в ушах», фразы, фонемы) и зрительными нестойкими галлюцинациями.

ЭМОЦИИ

Эмоция — психическая функция, отражающая субъективное отношение человека к окружающему миру и к себе самому, путем изменения психофизиологического состояния. Таким образом, эмоции — своеобразный индикатор, дающий человеку сведения о том, насколько значим для него раздражитель, и насколько была адекватна реакция организма на него.

Определение при помощи эмоций степени удовлетворения или неудовлетворения потребностей, а также субъективного отношения к реальности как вне субъекта, так и внутри него, приводит к ряду соответствующих изменений:

— физиологические изменения (вегетативные реакции, готовящие организм к активизации или к торможению деятельности);

— изменение психических функций (внимания, мышления, произвольной деятельности и других).

Эти изменения позволяют организму формировать адекватные поведенческие реакции, способствующие сохранению гомеостаза.

Об эмоциях, испытываемых человеком, косвенно можно судить по его позам, жестикуляции, мимике, интонациях и скорости речи, вегетативных проявлениях (гиперемия или бледность кожи, гипергидроз, частота дыхания и сердечных сокращений и пр.).

Виды эмоций

Эмоции, возникающие при удовлетворении потребностей, сопровождаются приятными ощущениями и называются *положительными.* К ним относятся спокойствие, надежда, радость, веселье, восторг, любовь, счастье и другие.

Если потребности не удовлетворяются, возникают неприятные ощущения и *отрицательные* эмоции. К ним относятся: тревога, страх, отчаяние, тоска, печаль, грусть, гнев, ненависть, горе и другие. П. В. Симонов (1964) показал, что отрицательные или положительные эмоции возникают также в связи с наличием или отсутствием информации о возможности удовлетворения потребностей.

И положительные, и отрицательные эмоции человек испытывает в норме. Патологическими они становятся, если неадекватно отражают степень удовлетворения или неудовлетворения потребностей человека.

Широко распространено деление нормальных эмоций человека по интенсивности и длительности их выражения, представленное в табл. 10.

Настроение — это базовая, фоновая эмоция, отражающая обыденную жизнь. Нормальное, ровное, хорошее настроение называется эйтимией (греч. euthymia: eu — хорошо, правильно; thymos — настроение). Нормальное настроение может быть хорошим, отражающим состояние психологического и соматического комфорта человека, может быть плохим.

Аффект (лат. affectus — переживание). Физиологический аффект — адекватная короткая эмоция, возникающая в виде адекватной реакции на экстраординарную ситуацию. Аффект может быть отрицательным (например, горе при известии о смерти близкого человека, гнев при оскорблении), проявляется горестными возгласами, плачем. Бывает аффект положительный в виде реакции на радостное сообщение. При этом возникает двигательное оживление, радостные возгласы, смех, иногда «слезы радости». Физиологический аффект длится недолго и не сопровождается помрачением сознания, амнезией.

Страсть — сильное и стойкое эмоциональное проявление, часто связанное с наличием доминирующей идеи (любовной, политической, творческой и т. д.).

Экстаз (греч. ekstasis — исступление, восхищение). Физиологический экстаз (творческий, любовный) длится очень короткое время, характеризу-

Таблица 10

Деление эмоций по интенсивности и длительности

Название эмоции	Интенсивность эмоции	Длительность эмоции
Настроение	умеренная	продолжительная
Аффект	бурная	кратковременная
Страсть	выраженная	длительная
Экстаз	очень бурная	очень кратковременная

ется воодушевлением, восторгом, переживанием счастья. Протекает, как правило, с легким сужением сознания.

Также принято делить эмоции на *низшие* и *высшие.*

Низшие эмоции появляются при удовлетворении или неудовлетворении физиологических потребностей (голода, жажды и т.п.). В связи с этим иногда их еще называют *биологическими.*

Высшие эмоции также называют *чувствами.* Они связаны с удовлетворением или неудовлетворением познавательных, духовных, социальных, эстетических и т.п. потребностей.

Развитие эмоций

Формирование эмоций в онтогенезе соответствует усложнению потребностей и особенностей их удовлетворения в разные возрастные периоды.

Вопрос о том, испытывает ли эмоции плод в утробе матери, остается открытым. Физиологические изменения, происходящие в организме беременной при переживании ею положительных и отрицательных эмоций, отражаются и на состоянии плода. На основании этого большинство исследователей предполагают наличие у плода примитивных эмоциональных реакций, аналогичных по знаку материнским эмоциям.

O. Rank (1924), St. Grof (1985) и другие считали, что в утробе матери, защищенный от вредных воздействий, пассивно получая все необходимое для жизнедеятельности, плод находится в состоянии блаженства, «в раю». Процесс рождения, сопровождающийся сильными болевыми ощущениями, угрозой жизни, резким изменением привычной и безопасной среды обитания на новую, незнакомую вызывает у ребенка бурные эмоции. O. Rank (1924) называет их *«первичным страхом»,* K. Homey — (1930) *«базальной тревогой».* И страх, и тревога — эмоциональные реакции на опасность, однако их следует различать. Страх — это эмоциональная реакция на конкретную опасность, а тревога — на предполагаемую, ожидаемую. Эмоции новорожденного, не понимающего, что с ним произошло, что его ждет дальше, правильнее квалифицировать как тревогу.

У новорожденных отмечаются лишь малодифференцированные рудиментарные проявления эмоций в виде элементарных реакций на испытываемые состояния комфорта или дискомфорта. Удовлетворение или неудовлетворение своих потребностей младенец еще не связывает с тем или иным объектом.

D. W. Winnicott отмечал, что «...на ранних ступенях эмоционального развития, пока чувства еще не упорядочены, пока еще нет того, что можно назвать «автономным ego», ребенок испытывает огромную тревогу... Эмоциональные страдания на этой ступени сродни панике, непереносимой муке» (1960). Успешность избавления от этой «муки», развития аффективной сферы ребенка D. W. Winnicott связывал с особенностями комплекса заботы о малыше, проявляемой, прежде всего, его матерью, а также другими членами семьи, специалистами, занимающимися им. D. W. Winnicott назвал этот комплекс холдингом (греч. holos — целостный). В первые недели и месяцы жизни, считает D. W. Winnicott, ребенок не знает чувства обиды, но если его «обижают», то это не проходит бесследно. Последствия обнаруживаются в более старшем возрасте в виде «чувства небезопасности». Повышенная тревожность взрослого человека нередко связана с проблемами в младенческом возрасте. Желанные дети, имеющие заботливую мать, гармоничную семью (хороший холдинг), хорошо и быстро эмоционально развиваются. При неудовлетворительном холдинге психическое развитие ребенка протекает под знаком «примитивного хаоса чувств, первичного страдания» и будет «искривленным и задержанным».

Постепенно эмоциональные реакции младенцев на дискомфорт и возвращение комфорта начинают связываться им с потребностью взаимодействия с матерью (или лицом, ее заменяющим). У двухмесячного малыша уже одно только появление матери может вызвать довольную улыбку. Постепенно формируется способность реагировать на ее мимику, индуцировать эмоции матери, воспринимая сигналы ее отношения к различным объектам, давая на них эмоциональные аналогичные реакции.

В 6-7 месяцев он оживляется при виде ярких игрушек. На лице семимесячного ребенка можно прочитать удивление, гнев, появление незнакомого может вызвать у него гримасу страха. В 8-10 месяцев ребенок дает положительные эмоциональные реакции на появление сверстников. После года уже выражено эмоционально дифференцированное отношение к окружающим предметам и явлениям, ребенок знает, что «можно», а что «нельзя». В этом же возрасте возникает способность к сопереживанию: тревогу и слезы может вызвать у ребенка плач сверстника. Примерно с полутора лет ребенок старается заслужить одобрение и избегать порицания значимых взрослых людей, способен испытывать чувство стыда. У двухлетних детей, как правило, уже хорошо сформированы симпатии и антипатии по отношению к некоторым людям, игрушкам, одежде, пище. С двух лет ребенок начинает гордиться своими умениями и навыками («как большой ем», «умею включать свет», «сам надеваю колготки» и т. п.). В этом возрасте у ребенка, посещающего детские дошкольные учреждения и принимающего участие в коллективных играх, начинают формироваться общественные чувства.

До трехлетнего возраста эмоции, возникающие у ребенка, импульсивны, носят в основном биологический характер, отличаются выраженным соматовегетативным компонентом. Развитие речи, мышления, самосознания способ-

ствуют дифференциации, усложнению его эмоциональных реакций. На четвертом году жизни чувство гордости у него вызывают качество умений и навыков («съел первый», «быстро оделся»). Оценка своих достижений и соответствующие эмоции ребенка во многом зависят от отношения к нему и оценки его достижений взрослыми. От них же зависят сроки появления у ребенка способности эмоционально реагировать на явления природы, произведения искусства, проявлять чувство юмора. Примерно с 4 лет дети способны скрывать и сдерживать свои эмоции, произвольно выражать их с помощью мимики и пантомимики.

К концу дошкольного возраста ребенок переживает все больше высших эмоций, у него развивается способность к эмоциональному предвосхищению.

К 10-12 годам испытываемые ребенком высшие и низшие эмоции встречаются с приблизительно одинаковой частотой.

В подростковом возрасте уже представлен почти весь арсенал высших эмоций (чувств), однако свое окончательное оформление они получают позднее. Только к 20-25 годам эмоции можно считать зрелыми.

К особенностям эмоциональных проявлений в детском возрасте относятся:
— элементарность;
— преобладание положительных эмоций;
— повышенная эмоциональная лабильность;
— выраженность соматовегетативного компонента в проявлениях эмоций.

Расстройства эмоции

Классификация эмоциональных расстройств весьма затруднена. Во многом это связано с тем, что эмоции делятся на положительные и отрицательные. В связи с этим отмечается несоответствие этимологии традиционно применяемых терминов с их содержанием. Так, приставки «гипер» и «гипо» обычно отражают количественные болезненные изменения. В случае с аффективными расстройствами эти приставки лишь указывают на качественные особенности настроения, возникающего при удовлетворении или неудовлетворении потребностей, а не на интенсивность эмоционального фона, которая может варьировать. Так, термин «гипотимия» понимается как сниженное настроение, но отнюдь не как количественное снижение эмоций. Ведь депрессивный больной испытывает массу очень сильных эмоций, его эмоциональную жизнь никак нельзя назвать обедненной. В свете этих рассуждений парадоксальным представляется широко применяемый термин «апатическая депрессия», составленный из двух взаимоисключающих понятий: «апатия» — отсутствие эмоций, «депрессия» — буря отрицательных эмоций. По-видимому, термин «апатия» некорректно применяется в данных случаях для передачи таких особенностей депрессивного больного, как его адинамия, ослабление побуждений, что свидетельствует о нарастающей гипобулии, но никак не об апатии. Патологическое максимальное усиление и положительных, и отрицательных эмоций может приводить к схожим состояниям — к меланхолическому и к маниакальному раптусам.

Другая трудность заключается в том, что целый ряд терминов используется как для обозначения нормальных, физиологических эмоциональных проявлений психически здоровых людей, так и аффективных расстройств. Принято различать аффект и патологический аффект, добавляя в случае необходимости обозначения отклонения от нормы прилагательное «патологический», В отношении других эмоций это делается не всегда. А между тем, очень важно отличать тревогу, страх, которые часто испытывает любой психически здоровый человек, от патологической тревоги и патологического страха, наличие которых указывает на невротическое или психотическое расстройство.

Так как базовой, фоновой эмоцией является настроение, именно его изменения традиционно положены в основу классификации нарушений эмоций или, как их еще называют, аффективных расстройств. Стойкое болезненное чрезмерно выраженное настроение может приводить к изменению других психических функций человека, в связи с чем будет меняться его поведение, нарушаться адаптация. Настроение может быть болезненно приподнято, может снижаться и, наконец, может почти отсутствовать. Усиление, снижение и отсутствие настроения являются количественными нарушениями эмоций. Отмечаются также качественные нарушения эмоций в виде их болезненных искажений. Эти аффективные нарушения, связанные не столько с изменением интенсивности, сколько с появлением нового качества эмоции, с возникновением ее на неадекватный стимул, мы будем относить к качественным нарушениям эмоций. Они, разумеется, протекают на определенном повышенном или пониженном фоне настроения, однако этот фон не является определяющим, нередко вторичен.

Нарушения эмоций представлены на схеме 4.

К количественным расстройствам эмоций относятся:

— *гипертимия* (греч. hyperthymia: hyper — приставка, означающая увеличение; thymos — настроение);

— *гипотимия* (греч. hypothymia: hypo — приставка, означающая снижение; thymos — настроение);

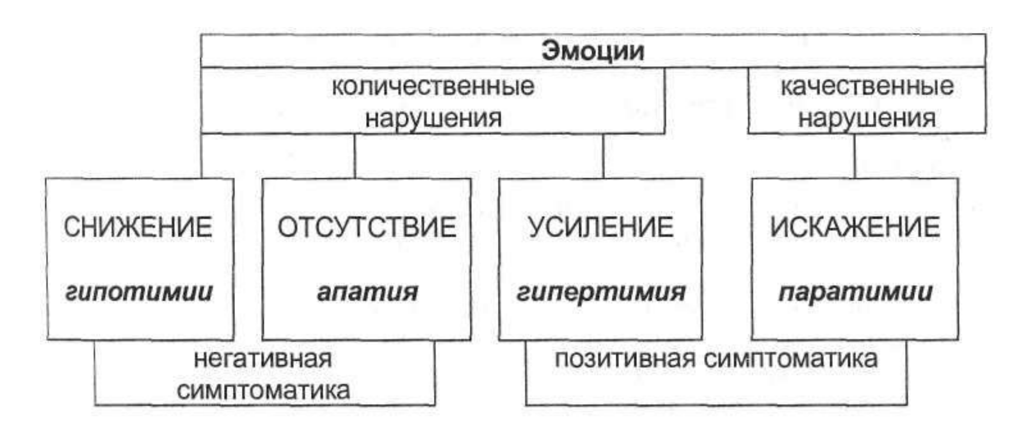


Схема 4. Нарушения эмоций.

— *апатия* (греч. apathia: apatheia — бесчувственность).

Качественные нарушения эмоций объединяются под термином паратимии (греч. parathymia: para — приставка, означающая несоответствие; thymos — настроение). Если при гипертимиях и гипотимиях происходит патологическое изменение интенсивности настроения, то при паратимии отмечается несоответствие характера эмоциональных проявлений вызвавшей их причине.

Расстройства эмоциональной сферы у детей характеризуются:

— рудиментарностью;

— атипичностью;

— проявлением эмоциональных нарушений в виде так называемых эквивалентов (в основном поведенческих, соматовегетативных).

Эти особенности определяют трудности диагностики аффективных нарушений, частые расхождения интерпретации и взглядов разных специалистов на происхождение и типологию симптоматики эмоциональных расстройств у детей и подростков.

Количественные расстройства эмоций

Как уже указывалось, в норме эмоциональный фон у детей несколько повышен. Это затрудняет выявление у них гипертимий. Показателем патологически повышенного настроения служат его немотивированность, беспредметность, нарушения адаптации ребенка, связанные, прежде всего, с измененным поведением.

К гипертимиям относятся: эйфория, гипоманиакальные и маниакальные состояния, экзальтированность, патологический экстаз, мория.

Эйфория (греч. euphoria: eu — хорошо, правильно; phero — переносить) встречается у детей довольно часто. Она характеризуется повышенным без существенных на то причин настроением, благодушием, беспечностью, отсутствием инициативы. Ускорения мышления, повышенного стремления к деятельности при этом не обнаруживается. Эйфория может быть первым проявлением дебюта или обострения психического заболевания.

Эйфория встречается у детей с органическим поражением головного мозга, в частности при некоторых формах энцефалопатии, олигофрении, иногда при дебютах шизофрении, при некоторых нарушениях личности. Возникновение эйфории может быть следствием применения токсических или наркотических веществ.

У маленьких детей проявлениями эйфории могут быть бесцельная двигательная расторможенность, повышенная отвлекаемость, инверсии сна, склонность к мастурбации. Эйфория у них может стремительно смениться гипотимией.

У старших дошкольников, младших школьников появление эйфории сопровождается изменением рисунка поведения. У ребенка появляются не отмечаемые у него ранее суетливость, многоречивость, непослушание на фоне веселого, беспечного настроения. Дети становятся неаккуратными, безответственными, забывают о своих обязанностях, о данных им поручениях, что может неверно расцениваться как ухудшение памяти. Работоспособность и

успеваемость у них снижаются. При органическом поражении головного мозга эйфория детей не только не сочетается с ускорением мышления, но может сопровождаться персеверациями, то есть застреванием больных на какой-либо одной мысли с монотонным повторением ее или с назойливым повторением одного и того же вопроса.

Эйфория у детей препубертатного и пубертатного возраста помимо приподнятого, беспечного настроения обнаруживает себя повышенной двигательной активностью, хвастливостью, бесцеремонностью, отсутствием чувства дистанции по отношению ко взрослым.

Эйфория может быть ведущим симптомом гипертимного типа акцентуации характера. Такие подростки считают себя общительными, приветливыми и открытыми, имеют завышенную самооценку. Они отмечают преобладающий повышенный фон настроения, легкое отношение к жизненным невзгодам. В качестве собственных недостатков приводят неусидчивость, нетерпеливость, необязательность.

Во многом именно эйфория определяет клинику таких типов конституционных психопатий и психопатических развитии у подростков, как гипертимно-неустойчивый, гипертимно-истероидный, гипертимно-эксплозивный [А. Е. Личко,1985].

Гипертимно-неустойчивых подростков отличает оптимизм, склонность к авантюризму, стремление к лидерству. Гедонистическая мотивация произвольной деятельности приводит часто к постоянной жажде развлечений, манкированию школьными занятиями, алкоголизации, сексуальным эксцессам, и как результат — к конфликтам с родителями и учителями. Гипертимно-неустойчивый тип является наиболее часто встречаемым.

Гипертимно-истериодный тип обнаруживает склонность к фантазиям, хвастовству, демонстративности. Прочность привязанности к окружающим определяется признанием или непризнанием первенства. Эйфория является у этих подростков основным фоном настроения, не исчезающим даже при демонстрации ими отрицательным эмоций, например, при суицидальном шантаже.

Гипертимно-эксплозивный тип характеризуются появлением эйфории после аффективных вспышек раздражения и агрессии. После бурно пережитой отрицательной эмоции мир снова представляется доброжелательным и радует таких подростков. Они легко прощают настоящие и мнимые обиды, поддерживают хорошие отношения с теми, кого совсем недавно считали «врагами». В формировании этого типа психопатии большую роль играют черепно-мозговые травмы.

С целью вызвать эйфорию дети и подростки используют летучие токсические органические вещества (клей «Момент», растворители, пятновыводители, нитрокраски и т. п.). При этом возникают также полиморфные психические расстройства, но ведущим симптомом является эйфория.

Употребление алкоголя — наиболее часто встречающийся способ вызвать эйфорию. Состояние эйфории, напоминающее состояние алкогольного опьянения, появляется в первой стадии при курении гашиша (марихуаны, анаши, плана, гонши, банга, хараса и т. п.), сменяясь затем торможением. Наркоти-

ческое опьянение кодеином также имеет внешнее сходство с алкогольным, наступает волнообразно. Употребление опия, его алкалоидов, морфия, героина дает вначале седативный эффект, а затем вводит в состояние «нирваны», продолжающееся до четырех часов и характеризующееся эйфорией. При злоупотреблении барбитуратами эйфория наступает только на начальных этапах болезни, позднее сменяясь неустойчивым настроением, раздражительностью, заторможенностью. К эйфории на более поздних этапах наркотизации, сменяемой дисфорией, приводит и прием бензодиазепинов. Первая фаза опьянения цикл од ол ом характеризуется эйфорией, напоминающей алкогольную, длящейся 20-30 минут. При первых приемах эфедрона острое наркотическое опьянение, проявляющееся в эйфории и сексуальном возбуждении, длятся около 7-8 часов. Вызывают эйфорию амфетамины, кокаин, чифир. Таким образом, эйфория является важным симптомом при многих формах химической зависимости у детей и подростков.

Мория (греч. moria — глупость) — повышенное настроение, сопровождающееся дурашливостью, склонностью к плоским, циничным шуткам и нелепым шалостям. Мория довольно часто встречается в детском и подростковом возрасте. Характерно сочетание мории с интеллектуальным снижением, расторможенностью влечений. Веселье больного не заражает, а шокирует и тревожит окружающих, вызывает раздражение и жалость.

L. Bruns и P. Jastrowitz (1888) описали морию, как «слабоумие со своеобразным веселым возбуждением» при органическом поражении лобно-базальных и лобно-медиальных отделов головного мозга (синдром Брунса-Ястровица).

Мория определяет клиническую картину мориоподобного варианта атонической формы общего психического недоразвития. Умственная отсталость таких детей имеет в качестве фона приподнятое благодушное настроение, развязность, дурашливость, многоречивость. От детской шизофрении это патологическое состояние позволяют отличить резко замедленный с рождения темп психического развития, отсутствие продуктивной психотической симптоматики и процессуальной прогредиентности [Исаев Д. Н., 1982].

У детей дошкольного возраста, страдающих шизофренией, также могут отмечаться симптомы мории. При этом настроение у них повышается, что не препятствует легкому возникновению страхов. Дети становятся дурашливыми, во всем выискивают «смешное», беспрестанно задают вопросы, касающиеся половых отношений, начинают сквернословить.

В пубертатном периоде мория иногда служит эмоциональным фоном при гебоидном состоянии, возникающем при шизофрении и характеризующимся патологическим заострением и преувеличением психологических черт, присущих юношескому возрасту. При аффективно-гебоидном варианте гебоидного состояния дисфория, проявляющаяся крайней раздражительностью, злобностью и нарастающей враждебностью к наиболее близким и любимым ранее людям (феномен «семейной ненависти»), сменяется морией в виде циничного шутовства, грубых шуток, игнорирования ситуации [Пантелеева Г. П., 1986]. В качестве примера можно привести случай *Димы П., 15 лет.*

Пример. В девятый класс он поступил в другую школу с математическим уклоном, расположенную неподалеку от дома его бабушки. Она очень любила внука и настояла, чтобы он переехал жить к ней в хорошую двухкомнатную квартиру. Прошло несколько месяцев, и мальчик сильно изменился. Успеваемость в школе у него резко понизилась. Родители долго не могли поверить, что их сын начал сквернословить, издевался над бабушкой, постоянно приставая к ней, требуя, чтобы она рассказывала ему о своем опыте половой жизни. Не стеснясь ее, он ходил по квартире голым, онанировал, прекратил пользоваться туалетом, справляя свою нужду прямо на пол в комнате. Все эти действия он сопровождал веселым смехом, прибаутками. Свои поступки объяснял просто: «Это я так шучу!».

Гипомаииакальные и маниакальные состояния (греч. mania — безумие, страсть) отличаются друг от друга выраженностью. При гипоманиакальном состоянии, в отличие от эйфории, отмечается умеренное ускорение мышления, улучшение памяти. Работоспособность при этом может возрастать. При маниакальном состоянии мышление становится настолько стремительным, что работоспособность резко снижается. Э. Крепелин считал, что маниакальное повышение настроения является основным симптомом маниакального синдрома, включающего в себя также ускорение мышления, речевую и двигательную расторможенность [Kraepeilin E., 1896].

Маниакальные и гипоманиакальные состояния у детей и подростков, как правило, протекают атипично. Они встречаются в рамках циклотимии, различных вариантов течения шизофрении [Иовчук Н. М., 1981], реже при острых экзогенных психозах. Только у старших подростков отмечаются типичные «солнечные мании», при которых веселье больных безоблачно и заразительно.

У детей из группы повышенного риска заболевания шизофренией гипоманиакальные проявления могут отмечаться уже на первых годах жизни, хотя случается это нечасто [Козловская Г. В., 1999]. При этом на фоне повышенного настроения возникают двигательные нарушения в виде расторможенности, стереотипии, гримас. Внимание неустойчиво. Отмечается инверсия сна. Возможно повышение пищевого влечения в виде булемии и полового, проявляющегося онанизмом.

У детей дошкольного и младшего школьного возраста о гипоманиакальном состоянии можно говорить лишь при сочетании монотонно повышенного настроения с быстрой переключаемостыо внимания, с расторможенностью влечений, с переоценкой своих физических и интеллектуальных способностей, с утратой чувства дистанции по отношению ко взрослым и со связанными с этим грубыми нарушениями поведения [Сухарева Г. Е., 1955]. Несмотря на хорошие способности, успеваемость их резко падает, при чем это не вызывает у них огорчения. Дружелюбное отношение к сверстникам сочетается с повышенной конфликтностью.

При выраженном маниакальном состоянии больные становятся назойливыми, расторможенными, хвастливыми. Быстрое возникновение ассоциаций приводит к тому, что мышление приобретает характер «скачки идей» (лат. «fuga idearum»). Речь при этом становится отрывистой, хриплой, теряется ее содержательная сторона [Ковалев В. В., 1995].

У детей младшего школьного возраста выделяют *непродуктивную манию* (греч. mania improductiva), проявляющуюся отсутствием стремления к деятельности, скудностью мыслительной продукции, психомоторным возбуждением на фоне повышенного настроения. Если в клинической картине наряду с манией отмечаются однообразные игры, связанные с фантазиями ребенка, с идеаторным возбуждением, с рудиментарными идеями величия, говорят о *фантастической мании* (греч. mania fantastica infantilis). Оба эти состояния описаны в рамках шизофрении, протекающей с маниоформной симптоматикой [Башина В. М., 1981].

В подростковом возрасте клиника маниакального синдрома может приближаться к проявлениям его у взрослого человека, однако отмечаются некоторые особенности [Личко А. Е.,1985]:

— выраженность двигательного и речевого возбуждения;

— гротескность мимики и жестикуляции, при соответствии их ситуации;

— утрата чувства дистанции по отношению ко взрослым;

— переоценка собственных физических и интеллектуальных возможностей приводит к построению необоснованных планов на будущее;

— энергичность и неутомимость, несмотря на резкое сокращение времени сна;

— выраженная расторможенность влечений (пищевого, полового, сенсорной жажды);

— частота атипичных маниакальных состояний: гневливой мании, делинквентного эквивалента мании, параноидной мании, астеноэксплозивной мании, спутанной мании [Ломаченков А. С, 1968], а также маскированной соматизированной мании.

Маниакальные состояния у подростков, как правило, имеют эндогенное происхождение (шизоаффективный психоз, рекуррентная шизофрения), хотя могут встречаться и экзогенные (интоксикации в связи с инфекционным заболеванием, отравлением). Г. Е. Сухарева подчеркивала, что диагноз маниакального состояния ребенку можно ставить лишь при наличии длительного повышенного настроения, на фоне которого отмечаются грубые нарушения поведения, двигательная расторможенность и импульсивность действий.

Экзальтированность (лат. exaltatio — подъем, воодушевление) многими старыми авторами рассматривалась как признак гипомании. Нередко эти термины и сейчас считают синонимами. Корректнее под экзальтированностью, экзальтацией понимать повышенное настроение, оживление с неестественной, бросающейся в глаза восторженностью. Экзальтация может быть кратковременной и длительной.

Далеко не каждая эйфория, гипомания или маниакальное состояние сопровождаются экзальтированностью, однако могут сочетаться с ними. Чаще всего экзальтированность встречается у детей и подростков с истероидными, демонстративными чертами личности, у лиц с акцентуациями и психопатиями гипертимного круга. Экзальтация — характерный симптом интоксикации циклодолом.

Маниакальный раптус (лат. raptus — захватывание), или маниакальное буйство (furor maniacalis) — остро возникающий приступ неистового возбуждения. Представляет собой либо кратковременное маниакальное возбуждение, либо обострение маниакального состояния, нередко спровоцированное неправильным поведением окружающих с больным (споров с ним, неудачных попыток фиксации).

Патологический экстаз (греч. ekstasis — исступление, восхищение) или экстатический аффект — остро переживаемые, трудно переносимые физически эмоции необычайного восторга и счастья на фоне суженного сознания, частичного или полного нарушения контакта с окружающими. Возникновение патологического экстаза не связано с ситуацией, внешними обстоятельствами. Больные при этом могут проявлять неистовую энергию, активность. Отмечается при аффективно-гебоидных состояниях, шизоаффективных психозах у подростков, при некоторых формах наркотического опьянения (гашиш, диэтиламид лизергиновой кислоты и др.), при органическом поражении головного мозга. Экстатические состояния могут встречаться при эпилепсии в виде эмоциональных аур.

Гипотимии (греч. hypothymia: hypo — приставка, означающая снижение; thymos — настроение) — это снижение настроения. Сниженное настроение является основным фоном широкого диапазона таких отрицательных эмоций, как печаль, грусть, раздражительность, злоба, тревога, страх, горе, отчаяние и др. Если они адекватно отражают ситуацию, психологически понятны и обоснованны, то это нормальные эмоции. В случае снижения настроения, не адекватного ситуации, можно говорить о симптомах и синдромах патологической гипотимии. К основным из них относятся дистимия, дисфория, тревожная гипотимия, фобическая гипотимия, субдепрессивные, депрессивные состояния, меланхолический раптус. Раздражительность, злоба, тоска, страх, тревога могут входить в качестве второстепенных симптомов в клиническую картину симптомокомплексов гипотимии, а могут приобретать самостоятельное значение, становясь основной симптоматикой аффективного расстройства.

Под термином *«дистимия»* (греч. dysthymia: dys приставка, означающая отклонение от нормы, затруднение функции; thymos — настроение) иногда объединяют многие аффективные расстройства. Термин в 1814 г. предложил К. Флеминг (K. Fleming). Традиционно, употребляя его, чаще всего имеют в виду преходящие, длящиеся несколько часов или дней, немотивированные эмоциональные расстройства с преобладанием тревоги, гневливости на сниженном фоне настроения. У детей и подростков такие состояния чаще встречаются в основном при органическом поражении головного мозга, при эпилепсии.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термин «дистимия» используется для обозначения состояния хронического депрессивного настроения (шифр F34.1). Оно начинается, нередко, в подростковом возрасте, длится в течение нескольких лет и характеризуется умеренно сниженным настроением, повышенной утомляемостью, нарушениями сна,

чувством общего дискомфорта. При этом больные «в целом справляются с требованиями повседневной жизни».

Дисфория (греч. dysphoria: dys — приставка, означающая отклонение от нормы, затруднение функции; phero — переносить) — это также расстройство настроения, характеризующееся беспредметной злобностью, угрюмостью, раздражительностью, часто переходящее в аффективные вспышки и агрессию. Дисфория предметно не определена. Больной как бы ищет, на кого или на что выплеснуть свою злость, однако агрессия не приносит облегчения, разрядки. Дисфория встречается у детей, начиная со старшего дошкольного возраста, страдающих резидуально-органическим поражением головного мозга пренатального, постинфекционного, посттравматического генеза, эпилепсией, отмечается при некоторых формах патохарактерологического развития личности.

Тревожная и фобическая гипотимия. Наиболее частыми нарушениями эмоций, протекающими на фоне сниженного настроения, являются болезненные тревога, страх.

Тревога и страх играют большую роль в жизни ребенка, подростка. Здоровый ребенок испытывает страх, видя приближающуюся к нему незнакомую большую собаку, переживает тревогу перед экзаменом. Эти эмоции только помогают ему мобилизоваться перед лицом опасности, принять верное решение, адаптироваться к ситуации. Признаками нормальных тревоги и страха являются:

— адекватность ситуации;
— логичность;
— быстрое купирование при разрешении ситуации.

Патологический характер тревога и страх принимают при несоответствии их интенсивности и особенностей вызвавшему их объекту. В остальных случаях тревога и страх должны рассматриваться как нормальные эмоциональные проявления.

То, что представляет опасность для маленького ребенка, может не представлять угрозы для ребенка старшего возраста, подростка. Поэтому тревоги, страхи, являющиеся нормальными для маленьких детей, могут быть отклонением от нормы для детей старшего возраста, подростков, взрослых.

Очень сильное приступообразное переживание тревоги и страха может привести больного в состояние *паники* или *раптуса* (лат. raptus — захватывание).

Тревожная гипотимия — это сниженное настроение, связанное с ожиданием опасности. Тревога — это эмоция, возникающая в ситуации неопределенности, допускающей возможность неблагоприятного развития событий. Несмотря на то, что реально это может быть маловероятно, что опасность незначительна или вообще не представляет собой угрозы, ее возможность преувеличивается больным. Тревога побуждает искать источник опасности (который в отличие от страха не конкретен или просто не осознается), чтобы устранить дефицит информации. В результате больной находится во власти дурных предчувствий, в состоянии постоянного напряжения, у него отмеча-

ются соматовегетативные реакции, непоседливость, неадекватное реальной ситуации поведение.

Ожидание какой-то конкретной ситуации вызывает тревогу, называемую *протопатической* (греч. protos — первичный; pathos — переживание, страдание). Часто протопатическая тревога связана с неопределенностью, дефицитом информации. Переживания, связанные с ожиданием конкретной опасности, называются *эпикритической* тревогой (греч. epi — приставка, означающая следование за чем-либо).

Гипотимия фобическая — сниженное настроение, связанное с навязчивым страхом или страхами.

Страх — это реакция на конкретную угрозу в виде вегетативных реакций и переживания (а не ожидания, как при тревожной гипотимии) внутренней напряженности, связанной с угрозой благополучию, здоровью или жизни субъекта или его близких.

При этом страх может быть:

— *доминирующим,* имеющим под собою реальное основание. Такой страх связан с действительно опасной ситуацией и проходит с ее разрешением;

— *навязчивым,* не имеющим под собою реальных оснований. Это осознается больным, заставляет его бороться со страхом, испытывать чувство неполноценности в связи с его наличием. Навязчивый страх называется *фобией* (греч. phobos — страх);

— *сверхцепным,* имеющим основание в реальной жизни, но преувеличенным, занимающим чрезмерную роль в жизни больного и приводящим к нарушению поведения больного и дезадаптации. Критического отношения к такому страху у больного нет;

— *бредовым,* нелепым, связанным с бредовыми идеями и насыщенным их содержанием, грубо нарушающим поведение больного и его адаптацию. Критического отношения к бредовым страхам у больного нет.

Поведение больного, объятого страхом, носит активный или пассивный защитно-оборонительный характер, сопровождается соматовегетативными реакциями.

Нередко, описывая страхи у детей, термином «фобия» (греч. phobia: phobos — навязчивый страх) пользуются некорректно. Фобией следует называть только страхи, которые приобрели признаки навязчивости (осознание их неадекватности, критическое отношение к ним, попытки бороться сними). У маленьких детей фобий (навязчивых страхов) почти не бывает, так как дети не относятся к ним критично и не пытаются с ними бороться. Как правило, у детей младшего возраста страхи носят доминирующий характер, то есть определяют весь аффективный фон и влияют на другие психические функции, поведение ребенка. У старших детей также встречаются доминирующие страхи, но постепенно они могут становиться навязчивыми при понимании их неадекватности, нелепости, появлении попыток справиться с ними. Это происходит под влиянием критического отношения к ним взрослых, сверстников. Страх, ставший навязчивым, всегда является отклонением от нормы.

G. Longfeldt (1951) выделял 4 группы фобий, возникающих в детском возрасте:

1. Фобии особых ситуаций.
2. Фобии опасностей окружающего мира.
3. Фобии дисфункций собственного организма.
4. Фобии совершения насилия над собой.

Фобии первой и второй группы развиваются на основе страхов, испытываемых ребенком еще в перинатальном периоде. Как уже указывалось, в процессе родов ребенок испытывает сильную тревогу, страх смерти [Rank O., 1924; Horni K., 1930; Grof St., 1985]. Это связано как с сильными болевыми ощущениями, так и с попаданием в совершенно новую, незнакомую среду, с неспособностью приспособиться к ней, с полной зависимостью от окружающих. Если у ребенка заботливая мать и его потребности удовлетворяются, тревога уходит, если нет, то на ее фоне возникают разнообразные страхи, которые при неблагоприятных ситуациях могут вновь возникать в старшем возрасте. Состояние беспомощности, отсутствия защиты, возникающее у ребенка в отсутствии матери, чревато развитием страха оставаться одному, фобии одиночества. А.И. Захаров (1999) утверждает, что перинатальными переживаниями обусловлены:

— страх темноты и *скотофобия* (греч. skotos — темнота) или *никтофобия* (греч. nyctos — ночь);

— страх замкнутых пространств и *клаустрофобия* (лат. claustrum — закрытое помещение);

— страх открытых пространств и *агорафобия* (греч. agora — рыночная площадь).

Первые два связаны с внутриутробным пребыванием и испытанным там дискомфортом, а страх открытых пространств и агорафобия — с обрушившимся при рождении на младенца потоком новых, резких, неизвестных ощущений света, звуков, холода и т.п.

Страхи и фобии могут отражать проблемы, испытываемые на различных этапах психосексуального развития ребенка. О трудностях прохождения оральной фазы свидетельствует особое отношение к кормлению ребенка. При этом у него могут развиться:

— страх подавиться и *фагофобия* (греч. phagein — поедать);

— страх приема пищи вообще и *ситофобия* (греч. sitos — пища).

Родители, слишком озабоченные скорейшим обучением ребенка навыкам опрятности, слишком негативно реагирующие на мокрые или грязные штанишки, затрудняют решение ребенком проблем, возникающим на анальной фазе, что повышает его тревожность. На этом фоне возникают страхи дисфункции организма, связанные с процессами мочеиспускания и дефекации. При неправильном подходе они могут трансформироваться в следующие фобии:

— *урофобия* (греч. uron — моча) — навязчивый страх появления позыва к мочеиспусканию в неподходящей обстановке;

— *ректофобия* (лат. rectum — задний проход) — навязчивый страх не иметь стула;

— *рипофобия* (греч. rhypos — грязь) — навязчивый страх дефекации как процесса;

— *петтофобия* (греч. petto — переваривать) — навязчивый страх недержания кишечных газов в присутствии посторонних;

— *апопатофобия* (греч. apopatos — отхожее место) — навязчивый страх уборных;

— *копрофобия* (греч. kopros — кал) — навязчивый страх загрязнения калом.

Дети младшего возраста также склонны к страхам, отражающим неблагоприятную семейную ситуацию, неправильное воспитание, трудности адаптации в детском коллективе. При наличии симбиотической связи с матерью многие дети испытывают страх, если вынуждены остаться одни. Навязчивый страх подобного содержания называется *изолофобия* (франц. isolation — одиночество), *монофобия* (греч. monos — один) или *аутофобия* (греч. autos — сам). У тревожного ребенка может возникнуть *топофобия* (греч. topos — место). При этом он объясняет свой страх остаться одному в помещении тем, что в случае опасности (землетрясения, пожара, наводнения, приступа болезни и т.п.), некому будет оказать ему помощь.

У дошкольников и младших школьников довольно часто встречаются страхи во время *дневного сна* (лат. *pavor diurnus)* и во время *ночного сна* (лат. *pavor nocturnus).* При этом во время сна у детей отмечаются двигательное возбуждение, сноговорение, иногда плач. Дети могут вскакивать с открытыми глазами, не узнавая близких, с кем-то разговаривать, прятаться. У некоторых отмечается энурез. Утром они ничего не помнят, однако ощущение, что ночью происходило что-то крайне неприятное, у многих остается. Эти страхи могут иметь невротическую природу или быть эквивалентами эпилептических припадков. Последние отличает пароксизмальный характер, возникновение в одно и то же время, стереотипность проявлений, слабая связь страхов с психотравмирующими ситуациями периода бодрствования. У некоторых детей, имеющих ночные страхи, может развиться уже упоминаемый ранее навязчивый страх темноты, наступления ночи, кошмарных сновидений — никтофобия.

В кошмарных сновидениях, содержание которых чаще всего сводится к погоням, могут находить отражение следующие испытываемые детьми наяву явные или скрытые страхи и фобии:

— страх нового, незнакомых ситуаций и *ценотофобия* или *кайнотофобия* (греч. kainos — новый);

— страх воров и *клептофобия* (греч. klepto — красть);

— страх бандитов и *харпаксофобия* (греч. harpax — разбойник);

— страх чудовищ и *монстрофобия* (франц. monstre — чудовище);

— страх призраков и *фазмофобия* (греч. phasma — призрак);

— страх «нечистой силы» и *демонофобия* (греч. daimon — злой дух, или *сатанофобия* (греч. satanos — сатана).

Возникновению этих страхов может способствовать чтение и рассказы детям страшных историй, просмотры ими фильмов ужасов. Многие дети испытывают к ним амбивалентные эмоции: они и притягивают, и пугают.

Воспитание по типу гиперпротекции, сопровождающееся постоянными рассказами тревожных родителей о вредных последствиях загрязнения, глистах, микробах, могут спровоцировать у тревожных детей возникновение соответствующих страхов и фобий:

— страх загрязнения и *мизофобия* (греч. mysos — загрязнение);

— страх микробов и *бактериофобия* (греч. bacterion — палочка);

— страх червей, связанных с ними болезней и *вермифобия* (лат. vermis — червь);

— страх глистов и *тениофобия* (греч. taenia — ленточный червь).

Чрезмерная озабоченность тревожных родителей здоровьем детей индуцирует у них страхи, нередко переходящие в фобии:

— *термофобию* (греч. thermos — теплый) — навязчивый страх жары, теплых помещений, перегреться;

— *психрофобию* (греч. psychros — холодный) или *хеймофобию* (греч. cheima — зима) — навязчивый страх холода, простуды;

— *аэромизофобию* (греч. aeros — воздух, mysos — грязь) — навязчивый страх сквозняков;

— *фебрифобию* (лат. febris — лихорадка) — навязчивый страх повышения температуры.

У старших детей, подростков помимо этих фобий встречаются:

— *нозофобия* (греч. nosos — болезнь) — навязчивый страх заболеть;

— *кардиофобия* (греч. kardia — сердце) — навязчивый страх сердечного заболевания;

— *канцерофобия* (лат. cancer — рак) — навязчивый страх заболевания злокачественной опухолью и прочие.

Такие дети вообще боятся врачей, особенно зубных. В некоторых случаях при этом возникает *одонтофобия* (греч. odus — зуб). Дети могут испытывать страх к любым медицинским вмешательствам. Страх к применению лекарств нередко становится навязчивым и называется *фармакофобия* (греч. pharmacon — лекарство). Часто у детей и подростков встречается *гемофобия* (греч. haimatos — кровь) — навязчивый страх вида крови. Реже возникает эпистаксофобия (греч. epistazo — капать) — навязчивый страх носового кровотечения.

Многое в окружающем мире может вызвать у тревожных детей страх, способный стать навязчивым. При столкновении с незнакомыми или (и) непонятными явлениями природы возможно развитие следующих страхов и фобий:

— страх грома и *броптофобия* (греч. bronte — гром) — навязчивый страх грома;

— страх молнии и *астрапофобия* (греч. astrape — молния) или *кераупофобия* (греч. keraunos — молния) — навязчивый страх молний;

— страх ветра и *анемофобия* (греч. anemos — ветер) — навязчивый страх быть застигнутым бурей, унесенным ветром;

— страх дождя и *омброфобия* (греч. ombros — дождь) — навязчивый страх попасть под дождь;

— страх смотреть в небо и *уранофобия* (греч. uranos — небо) — навязчивый страх небосвода;

— страх солнца и *гелиофобия* (греч. helios — солнце) — навязчивый страх пребывания на солнце;

— страх моря и *талассофобия* (греч. thalassa — море) — навязчивый страх морских путешествий и моря;

— страх движения воды и *потамофобия* (греч. potamos — поток) — навязчивый страх движущейся воды;

— страх огня и *пирофобия* (греч. руг — огонь) — навязчивый страх огня.

Довольно часто у детей и подростков возникают страхи и фобии, связанные с особыми ситуациями:

— страх высоты и *жрофобия* (греч. acros — крайний) — навязчивый страх высоты, высоких мест, часто сопровождающийся появлением головокружения;

— страх перейти мост и *гефирофобия* (греч. gephyra — мост) — навязчивый страх, возникающий при необходимости перейти мост (является частным случаем акрофобии);

— страх глубины и *батофобию* (греч. bathys — глубокий) — навязчивый страх глубины, глубоких водоемов.

К этой же группе можно отнести сложный страх и навязчивость *топофобию* (греч. topos — место), в основе которой лежит страх остаться одному в помещении в связи с тем, что не к кому будет обратиться за помощью, если вдруг что-то случится (землетрясение, пожар и т.п.).

Сложным также является страх заблудиться в лесу, встретиться там с дикими зверями, птицами, змеями. При неблагоприятном течении он может трансформироваться в *хилофобию* (греч. hyle — лес), *зоофобию* (греч. zoon — животное), *авиафобию* (лат. avis — птица), *офидофобию* (греч. ophidion — змея). Авиафобией также иногда называют навязчивый страх перелетов на самолете.

Впрочем, страхи и фобии могут развиваться не только в связи с опасениями диких животных, но и домашних:

— страх кошек и *айлурофобия* (греч. ailuros — кошка),или *галеофобия* (греч. gale — кошка), или *гатофобия* (исп. gata, и *акарофобия* (греч. akari, лат. acarus — клещ);

— страх вшей и *фтириофобия* (греч. phtheir — вошь).

Страхи и фобии могут по содержанию соответствовать ночным страхам. У тревожных детей и подростков, постоянно получающих от родителей, учителей, из телевизионных передач информацию об убийствах, ограблениях, изнасилованиях, легко возникает страх плохого человека (pavor scelenis). Он может стать навязчивым и трансформироваться в:

— навязчивый страх стариков — *героитофобию* (греч. geron — старик);

— навязчивый страх воров — *клептофобия* (греч. klepto — красть);

— навязчивый страх бандитов — *харпаксофобия* (греч. harpax — разбойник);

— навязчивый страх сексуальных маньяков-убийц — *маииакофобию* (греч. mania — безумие).

Люди, звери, насекомые могут быть опасными, могут нарушить целостность кожных покровов. Страх этого также может стать навязчивым и называется *амихофобия* (греч. amyche — царапать).

Кожные покровы могут быть повреждены острыми предметами, в связи с этим возникают:

— страх острых предметов и *айхмофобия* греч. aichme — стрела), *оксифобия* (греч. oxys — острый);

— страх иголок и *белонофобия* (греч. belone — игла).

Возникновение навязчивых страхов часто связано с переживанием психотравмирующей ситуации. Часто она забывается, или фобия не связывается с ней. Иногда человек может объяснить причины фобий, длящихся нередко годами. Так В. В. Маяковский, страдающий многие годы белонофобией, вспоминает, что в семилетнем возрасте случайно получил неожиданный удар по щеке веткой шиповника, а затем долго вытаскивал колючки. Позднее, когда будущему поэту было 12 лет, у него от заражения крови умер отец, уколов палец. «С тех пор терпеть не могу булавок», — пишет он.

Поступив в школу, дети попадают в новую ситуацию, адаптация к которой нередко протекает сложно. При этом часто возникают школьные страхи (pavor sceleris) и фобии. Страх и фобия посещения школы являются основными в этой группе. Нередко именно они являются поводом перевода ребенка на домашнюю форму обучения, хотя при оформлении документов указывается, как правило, иная причина. Например, нейроциркуляторная дистония (вегетососудистая дистония), являющаяся следствием аффективных расстройств.

Школьные страхи и фобии разнообразны:

— страх говорить, допустить ошибку при устном ответе и *лалофобия* (греч. lalia — речь);

— страх писать и *графофобия* (греч. grapho — писать);

— страх не понять прочитанного и *акрибофобия* (греч. acribo — точно знаю);

— страх зайти в класс, где много людей и *кайнофобия* (греч. kainos-новый);

— страх публичного выступления, ответа у доски, ответственности и *гипенгиофобия* (греч. hypengion — ответственность);

В школе могут возникать страхи и фобии, редко встречающиеся у дошкольников:

— страх привлечь к себе внимание и *скопофобия* (греч. skopeo — рассматривать);

— страх показаться смешным и *скоптофобия* (греч. scopto — шутить, насмехаться);

— страх публично покраснеть и *эрейтофобия* (греч. ereuthos — краснота);

— страх некстати улыбнуться и *хайрофобия* (греч. chairo — радоваться);

— страх наказания и *рабдофобия* (греч. rhabdos — палка).

У детей школьного возраста развитие мышления достигает такого уровня, что им становятся доступны такие сложные абстрактные понятия, как жизнь, смерть, совесть, любовь и т.п. Они начинают размышлять о смысле жизни, Боге, вечности, смерти. К подростковому возрасту эти проблемы становятся еще более актуальными. Дети могут избегать говорить на эти темы или, наоборот, у них отмечается повышенный интерес к покойникам, похоронам. Нередко при этом они испытывают амбивалентные эмоции, которые могут проявляться в виде страхов и навязчивостей:

— страх кары божьей и *теофобия* (греч. theos — бог);

— страх предметов религиозного культа и *иерофобия* (греч. hieros — священный);

— страх трупов и *некрофобия* (греч. necros — мертвый);

— страх смерти и *танатофобия* (греч. thanatos — смерть);

— страх похорон, похоронных принадлежностей и *тафефобия* (греч. taphe — похороны).

Последним термином обозначают иногда также редко встречающийся навязчивый страх быть похороненным заживо. Страх смерти вообще лежит в основе многих страхов, но далеко не всегда осознается. Ко всему, что имеет отношение к смерти, дети часто испытывают амбивалентные эмоции: с одной стороны они ее бояться, а с другой их влечет все, что имеет к ней отношение. Они рассказывают друг другу «страшилки» соответствующего содержания, рисуют скелеты, смотрят триллеры.

Эти же страхи и фобии занимают существенное место среди аффективных расстройств у подростков. Страх смерти и повышенный интерес к ней может проявляться в атрибутах одежды (футболки с черепами), украшениях («фенечках»). Физиологические изменения, связанные с пубертатным периодом, находят отражение в специфических подростковых страха и фобиях:

— страх угреватой сыпи и *акнефобия* (греч. acne — угри);

— страх изменений внешности и *дисморфофобия* (греч. dys — приставка, означающая отклонение от нормы; morphe — форма);

— страх повышенного потоотделения и связанного с этим неприятного запаха и *гидрозофобия* (греч. hidros — пот);

— у девушек страх менструации и связанных с ней неприятных ощущений, запахов, ситуаций и *менофобия* (греч. men — месяц).

Имея тело взрослого человека, подросток с сенситивными чертами личности испытывает трудности социализации, что выражается в следующих страхах и фобиях:

— страх новых людей, ситуаций, перемен, новой обстановки и кайрофобия (греч. kairos — определенный период времени);

— страх покраснеть и так называемый симптом Каспера (Casper, 1846) — *руброфобия* (греч. ruber — красный) или *эрейтофобия* (греч. ereuthos — краснеть);

— страх проявить свою несостоятельность при общении с окружающими и *гомилофобия* (греч. homilia — общение);

— страх большого скопления людей и *демофобия* (греч. demos — народ) или охлофобия (греч. ochlos — толпа);

— страх добрых пожеланий, которые якобы могут накликать беду и *эйхофобия* (греч. euchos — пожелание);

— страх кому-либо навредить и *блаптофобия* (греч. blapto — боюсь повредить).

К этой же группе симптомов можно отнести описанные В. М. Бехтеревым навязчивый страх внезапно некстати улыбнуться (1899) и навязчивый страх пристального чужого взгляда (1900).

Для подростков также актуальны некоторые уже упоминаемые ранее страхи и фобии, возникающие в период адаптации к школе: страх публичного выступления, ответа у доски и *хипенгиофобия;* страх зайти в класс, где много людей и *каинофобия;* страх некстати улыбнуться и *хайрофобия.*

Подростковая гиперсексуальность также влияет на содержание страхов и фобий в этом возрасте. Примером этого могут служить часто встречающиеся:

— страх всего, относящегося к половым вопросам и *эротофобия* (греч. eros — любовь);

— страх мужчин у девушек и *андрофобия* (греч. апег, andros — мужчина);

— страх женщин у юношей и *гипекофобия* (греч. gyne, gynaikos — женщина);

— страх гомосексуалистов или страх стать гомосексуалистом и *гомофобия* (греч. homos — один и тот же);

— страх получения удовольствия и *гедонофобия* (греч. hedone — наслаждение);

— страх пристраститься к вину и винофобия (лат. vinum — вино);

— страх стать морфинистом и *морфинофобия;*

— страх совершить грех и *пеккатофобия* (греч. pekkatos — грех);

— страх последствий онанизма и *оиаиофобия;*

— страх полового акта из-за неуверенности в собственной состоятельности и *коитофобия* (лат. coitus — половой акт);

— страх полового акта из-за необходимости обнажаться, прикасаться к телу партнера, терпеть его прикосновения и *миксофобия* (греч. mixis — совокупление, смешение);

— страх заболеть венерическим заболеванием и *кипридофобия* (греч. Kypris — Киприда, богиня любви) или *веиерофобия* (лат. Venus — Венера, богиня любви). Частными случаями являются весьма распространенные в настоящее время страхи заразиться сифилисом, ВИЧ-инфекцией, а также *сифилофобия* или *люофобия* (лат. lues — зараза) и *спидофобия;*

— страх беременности (бывает не только у девушек, но и у юношей) и *гравидофобия* (лат. gravida — беременная);

— страх у девушек того, что когда-нибудь придется рожать и *парту рифобия* (лат. partus — роды), или *токофобия* (греч. tocos — роды).

Важно иметь в виду, что особенностью этих страхов и фобий является то, что подростки предпочитают никому не говорить о них. Поэтому об их на-

линии врачу приходиться судить по косвенным признакам: особенностям поведения, некоторым высказываниям, вопросам. В то же время при хорошем доверительном контакте с врачом, подросток, если он уверен в сохранении тайны, с облегчением отвечает на деликатно заданные соответствующие вопросы и рассказывает о своих проблемах.

Страхи и фобии часто являются невротическими симптомами, однако легко возникают и на фоне органического поражения центральной нервной системы, могут встречаться и при эндогенных психических расстройствах.

Для экзогенных страхов и фобий характерны отсутствие непосредственной связи с психотравмирующей ситуацией, грубость и монотонность проявлений, меньшая эффективность психотерапии, чем при лечении схожих невротических расстройств.

Страхи и фобии, входящие в клиническую картину психозов, характеризуются нелепостью содержания, отражающего бредовые идеи. Впрочем, нередко встречается несоответствие настроения больного и содержания страхов. Так, больной может с веселой улыбкой сообщать о своем страхе отравления, равнодушно говорить об угрозе жизни. Часто больные шизофренией имеют общие, неконкретные страхи и фобии. Примером могут служить:

— страх заболеть вообще и *нозофобия* (греч. nosos — болезнь);

— страх испытывать страх и *фобофобия* (греч. phobia — навязчивый страх);

— страх нарушения целостности тела и *амихофобия* (греч. amyche — царапать);

— страх людей и *антропофобия* (греч. anthropos — человек);

— страх детей и *педофобия* (греч. paidos — ребенок);

— страх прикосновений посторонних и *гаптофобия* (греч. hapto — хватать).

Чувствуя изменения, происходящие в психике, больные могут испытывать страх сойти с ума, приобретающий иногда навязчивый характер — *маниофобия* (греч. mania — безумие) или *лиссофобия* (греч. lyssa — бешенство).

Нарастающая аутизация может сопровождаться появлением страха людей вообще и *антропофобии,* страха выйти из дому, уже упомянутого ранее страха общения и *гомилофобии* (греч. homilia — общение), а также других страхов и фобий.

Апатоабулическая симптоматика нередко находит оправдание в страхе переутомления и *копофобии* (греч. kopos — усталость), в страхе любой деятельности, работы и *эргазиофобии* (греч. ergasia — работа), *гамаксофобии* или *амаксофобии* (греч. hamaxa — повозка). Подобные аффективные расстройства являются своеобразной психологической защитой, оправдывающей болезненную бездеятельность больных.

Структурные нарушения мышления, бредовые идеи придают своеобразие страхам и фобиям, трансформируют их, делают нелепыми. Больной с дисморфофобией, страшась изменений в своем облике, часто предполагая их следствием чьих-то происков и влияний, либо подолгу глядится в зеркало, выис-

кивая их, либо начинает бояться собственного изображения и зеркал, иногда полагая, что именно они могут быть источником вредных воздействий. Подобные страхи могут приобретать навязчивый характер: *спектрофобия* (лат. spectrum — видение, образ), *эйзоптрофобия* (греч. eisoptron — зеркало), распространиться на навязчивые опасения любых стекол — *витрофобия* (лат. vitrum — стекло).

Патологический символизм приводит к страху символов и *симболофобии* (греч. symbolon — знак), к страху значимого числа и *аритмофобии* (греч. а — частица, означающая отсутствие признака; rhithmos — ритм). Распространенным вариантом аритмофобии является страх числа «13» и *тредекафобия* (лат. tredecium — тринадцать), впрочем, часто встречающаяся и у невротиков.

Философская интоксикация, характерная для подростковой шизофрении, может сопровождаться страхом времени и *хронофобией* (греч. chronos — время), страхом бесконечности и *апейрофобией* (греч. apeiros — бесконечный). Также нередко встречаются страхи и фобии религиозного содержания, проблем жизни и смерти.

Бредовые переживания, как уже говорилось, могут трансформировать страхи и фобии, встречающиеся у больных неврозом. Так страх загрязнения и мизофобия могут выражаться нелепым страхом прикосновения к деньгам и *хрематофобией* (греч. chremata — деньги), что нередко приводит к навязчивому ритуалу бесконечного мытья рук. При бреде отравления могут возникать соответствующие страх и *токсикофобия* (греч. toxikon — яд). Больные шизофренией могут бояться обыденных вещей по непонятным окружающим причинам. Так, они могут испытывать:

— страх всего металлического и *металлофобию;*

— страх всех предметов, находящихся справа и *декстрафобию* (лат. dexter — правый);

— страх всех предметов, находящихся слева и *синистрафобию* (лат. sinister — левый);

— страх волос (в пище, на одежде) и *трихофобию* (греч. trichos — волос);

— страх предметов определенного цвета и *хроматофобию* (греч. chromatos — цвет). Примером могут служить страх красного и *эритрофобия* (греч. erythros — красный).

Пытаясь справиться со страхами и фобиями, больные шизофренией придумывают нелепые, очень сложные ритуалы, иногда привлекая к их совершению других лиц, требуя от них точного выполнения собственных указаний. Такие ритуалы могут затягиваться на очень длительное время, являясь основным занятием больных. Несмотря на своеобразие страхов и фобий у больных шизофренией, ни один из них нельзя считать патогномоничным.

Субдепрессивные и депрессивные состояния отличаются друг от друга только степенью выраженности. Нередко наступлению депрессии предшествуют субдепрессивные проявления. Резкое снижение настроения является ведущим симптомом классического синдрома *меланхолической депрессии*

(греч. melas — темный, chole — желчь; лат. depressum — подавлять, понижать), включающего в себя также снижение речевой и двигательной активности, и замедление процессов мышления (Э. Крепелин).

У детей и подростков субдепрессивные и депрессивные проявления, как правило, атипичны, часто сопровождаются соматовегетативными дисфункциями. Развитие депрессивной симптоматики может отмечаться в рамках реактивных, экзогенных и эндогенных нарушений. Нередко депрессия проявляется в виде эквивалентов, что затрудняет диагностику.

Г. В. Козловская считает депрессии самым частым сложным эмоциональным нарушением, возникающим в младенческом возрасте.

Сниженный фон настроения проявляется у младенцев тоскливым выражением лица, частым монотонным и длительным плачем, слабо выраженным или вообще не возникающим комплексом оживления при попытке общения с ним. Особенно снижено настроения у ребенка сразу же после сна. Позднее он несколько отвлекается, успокаивается, но после следующего пробуждения вновь выглядит подавленным.

Отмечается более или менее выраженная *двигательная заторможенность,* однако возможно и двигательное беспокойство. Иногда возникают двигательные стереотипии в виде *яктации* (лат. jactatio — раскачивание) — ритмичных раскачиваний туловища или стереотипных движений головой, *руминации* (лат. ruminatio — пережевывание) — многократного срыгивания пищи из пищевода и желудка в рот с последующим глотанием.

Речевая заторможенность проявляется в том, что дети все меньше гулят. Позднее гуление прекращается совсем, и даже плач не сопровождается звуками. У детей старше года начинает уменьшаться активный словарный запас, возможны ипохондрические высказывания.

Замедление *мышления* у малышей проявляется в том, что они не сразу и не всегда выполняют усвоенные ранее простые действия («помаши ручкой», «покажи, где мама», «покажи глазки» и т. п.).

Выделяют два типа депрессивных состояний, встречающихся в младенческом возрасте: младенческая депрессия, анаклитическая депрессия.

У дошкольников и младших школьников субдепрессивная и депрессивная симптоматика в основном проявляется в форме соматовегетативных и двигательных нарушений. Дети теряют свойственный им оптимизм, становятся вялыми, заторможенными, капризными, плаксивыми. У них возникают диссомнии, утрачиваются навыки опрятности, в связи с чем появляются энурез и (или) энкопрез. Дети могут жаловаться на ухудшение памяти, внимания, им становится труднее усваивать что-то новое, у школьников снижается успеваемость. Они становятся конфликтными, нарушается их поведение, ухудшаются отношения с родителями, учителями, сверстниками. Все это приводит к ощущению собственной неполноценности, повышению уровня тревоги. В качестве компенсации возникают так называемые вредные привычки (сосание пальца, кусание ногтей, выдергивание волос, онанизм). Могут появиться рудиментарные идеи отношения и самоуничижения. Прошлое представляется в черном свете, в будущем нет перспективы.

Возможны побеги из дома, контакты с асоциальными элементами. Нередко, пытаясь облегчить свое состояние, дети приобщаются к токсикомании. Приведем следующий случай.

Пример. Антон С, 9 лет, жил с родителями и любимой бабушкой. Был веселым, общительным мальчиком, хорошо учился. После внезапной смерти бабушки почти не плакал, отказался идти на кладбище. Мать ругала сына «за черствость», стыдила его. На 9-й день Антону было велено обязательно пойти на кладбище вместе со всеми, «попрощаться с бабушкой». Мальчик сбежал из дома, ночевал в подвале. Родители нашли его, долго ругали. Объяснить свое поведение не мог. На слова матери о том, как его любила бабушка, сказал: «Лучше бы ее совсем не было!», за что впервые получил пощечину. Поведение мальчика резко изменилось: прекратил посещать авиамодельный кружок, который раньше очень любил, не подходил к телефону, отказывался пойти гулять, дома бесцельно слонялся по квартире или смотрел по телевизору все подряд. Уроки почти не готовил, успеваемость снизилась. С трудом засыпал, во сне вскрикивал. Резко ухудшился аппетит. За месяц похудел на 1,5 килограмма. Когда родители узнали, что он 5 дней не был в школе и наказали его, Антон сбежал из дома. Был найден только через 4 дня и приведен на консультацию к психиатру.

Отмечаются некоторые различия в субдепрессивных и депрессивных состояниях у мальчиков и девочек. У мальчиков в клинической картине чаще присутствует дисфорический компонент, они более агрессивнй, склонны к протестным реакциям. В клинической картине депрессий у девочек преобладает грусть. Они заторможены, пассивны, у них чаще отмечается элективный мутизм [Ковалев В. В., 1985]. Эти тендерные различия сохраняются и в препубертатном, и в пубертатном возрасте.

У юношей и девушек депрессивная симптоматика может приближаться к классической триаде меланхолической депрессии, отмечал Е. Крепелин (гипотимия, рече-двигательная заторможенность, замедление мышления) с витальной тоской, суицидными мыслями и намерениями. Однако и в этом возрасте возможны некоторые особенности. Прежде всего, это *подростковые депрессивные эквиваленты,* маскирующую депрессивную симптоматику. Подростковые депрессивные эквиваленты могут предшествовать будущим типичным субдепрессивным и депрессивным состояниям в рамках маниакально-депрессивного, шизоаффективного психозов.

А. Е. Личко выделяет три таких эквивалента:

— делинквентный (лат. delinquetia — проступок);

— ипохондрический (греч. hypohondrion — подреберье, где, по мнению греков, локализовались мнительность и опасения заболеваний);

— астеноапатический (греч. asthenes — слабый, apatheia — бесчувственность).

Делинквентный эквивалент депрессии чаще встречается у мальчиков младшего и среднего подросткового возраста и выражается в появлении у них на фоне сниженного настроения негативизма, конфликтности, грубости по отношению ко взрослым, особенно близким. Подросток провоцирует их наказывать его, получая, таким образом, подтверждение плохого к себе

отношения и озлобляясь еще больше. Негативизм часто приводит подростков в асоциальные компании, где они пытаются облегчить свое состояние с помощью секса, алкоголя, наркотиков, но «на всех проступках лежит печать отчаяния, настоящего удовольствия от похождений не получают» [Личко А. Е., 1985]. Продолжаться этот тип депрессивного эквивалента может месяцами, а проявления его воспринимаются окружающими, как особенности подросткового периода, что весьма затрудняет диагностику и лечение.

Ипохондрический эквивалент депрессии чаще возникает у подростков среднего и старшего возраста с невысоким интеллектом. Начало такой депрессии характеризуется снижением настроения, активности, ухудшением успеваемости, связанной с замедлением мышления. Больные фиксируют внимание на своем плохом самочувствии, агравируют имеющуюся соматическую симптоматику, отказываются готовить домашние задания, а затем и ходить в школу. При попытках родителей активизировать их обижаются, что им не верят, хныкают, предъявляют массу полиморфных жалоб. Впоследствии у таких подростков возможна экзацербация типичных фаз маниакально-депрессивного психоза.

Астеноапатический эквивалент депрессии характеризуется тем, что в клинической картине на передний план на фоне гипотимии выходят повышенная утомляемость и связанное с ней снижение произвольной активности. Поведение подростка при этом резко меняется. Он становится необщительным, бездеятельным, жалуется на скуку, но не ищет развлечений. Аппетит снижается. В то же время может интенсивнее, чем раньше, заниматься онанизмом, что «побуждает к угрызениям совести и самобичеванию». Выраженная астения приводит к снижению произвольной деятельности, которая в свою очередь снижает интенсивность проявлений гипотимии. Скудость проявлений снижения настроения вряд ли корректно оценивать как отсутствие настроения и квалифицировать как апатию. В связи с этим термин «астеноабулический» представляется более подходящим для обозначения данного типа подросткового эквивалента депрессии.

Также в подростковом возрасте нередко встречается депрессивное состояние, в клинической картине которого значительное место занимает симптом анорексии. От нервной анорексии анорексию при скрытой депрессии отличает, прежде всего, представление подростка о собственной малоценности, а не его желание похудеть. То есть анорексия в рамках депрессии может представлять собой проявление рудиментарных идей самоуничижения («не достоин, чтобы меня кормили») и скрытых суицидальных тенденций.

Наиболее типичны, близки к проявлениям у взрослых, депрессии у подростков бывают депрессии реактивного происхождения. Особенность заключается в том, что ухудшение настроения у подростков чаще отмечается во второй половине дня, тогда как у взрослых настроение хуже с утра. Также вместо витальной тоски депрессию нередко сопровождает эпикритическая тревога, содержание которой конкретно и типично для подросткового возраста (переживание по поводу своей внешности, сексуальности, будущего, отношений

с референтной группой, с родителями т. п.). Реже тревога носит неопределенный протопатический характер, что свидетельствует о тяжести депрессии.

Эндогенные депрессии у подростков отмечаются в структуре шизоаффективного психоза, шизофрении, маниакально-депрессивного психоза.

Начало маниакально-депрессивного психоза возможно с 11-12-летнего возраста. У девочек первая депрессивная фаза может совпадать с началом менструации. В подростковом возрасте чаще отмечается биполярный тип течения маниакально-депрессивного психоза, но депрессивные фазы более продолжительны.

При шизоаффективном психозе и шизофрении депрессии у подростков атипичны. Они могут сопровождаться слабой выраженностью или вообще отсутствием двигательной заторможенности при выраженном замедлении мышления (так называемая *«ступидная депрессия»),* часто принимаемые за интеллектуальную недостаточность. Ступидная депрессия может быть дебютом шизофрении или шизоаффективного психоза. Психиатру таких школьников часто показывают с целью определить форму обучения.

Иногда при депрессии подростки двигательно расторможены. В таких случаях говорят об *ажитированной депрессии.* Ребенок становится суетлив, постоянно находится в движении, носящем нецеленаправленный характер. Выражены соматовегетативные нарушения (боли в животе, тошнота, рвота, понос, повышения температуры и т.п.). Такие депрессии чаще возникают в рамках циклотимии или шизофрении [Иовчук Н. М.,1999].

При шизофрении у подростков нередко возникает так называемая унлюст-депрессия (нем. unlust — безрадостный). Основным эмоциональным фоном унлюст-депрессии служит дисфория. Больные не довольны собою, враждебны к окружающим, бывают к ним жестоки и агрессивны. Однако они редко примыкают к асоциальным агрессивным группировкам, довольствуясь патологическими садистическими фантазиями. Это связано с нарастающей аутизацией, сворачиванием коммуникаций со сверстниками.

Депрессии экзогенного характера у подростков чаще всего связаны с химической зависимостью. Хроническая интоксикация, абстинентный синдром, как правило, включает в себя тревогу, дисфорию, субдепрессивные и депрессивные переживания, нередко ажитацию.

Меланхолический раптус (греч. melas — темный, chole — желчь; лат. raptus — захватывание, резкое движение) возникает на фоне депрессии и выражается внезапным необычайным возбуждением, вызванном аффектом страха или (и) тоски. При этом больной может совершать импульсивные действия, нередко агрессивного или аутоагрессивного характера. Опасность реализации суицидальных намерений во время этих состояний очень высока. У детей наблюдается иногда в рамках ажитированной депрессии.

Апатия (греч. apathia: apatheia — бесчувственность) — отсутствие переживаний, равнодушие является тяжелым аффективным расстройством, часто сочетающимся с абулией — отсутствием произвольных действий. Вместе они составляют *апатоабулический* синдром, часто представляющий собой исход шизофрении. У детей и подростков апатия отмечается при шизофрении, ги-

потиреозе, а также при некоторых формах олигофрении. Она выражается нарастающим безразличием к людям, событиям, будущему, играм, развлечениям, утратой прежних привязанностей, снижением сенсорной жажды, нежеланием действовать и вообще двигаться. Такие больные перестают следить за собой, становятся неряшливыми, нечистоплотными. Характерно для апатии развитие *гипофобии* (греч. hypophobia: hypo — приставка, означающая снижение; phobos — страх) — отсутствие страха в опасной ситуации.

Апатия, возникающая у детей младшего возраста, сопровождается нарушением психического развития и может свидетельствовать об аспонтанно-апатическом варианте атонической формы общего психического недоразвития [Исаев Д. Н., 1982].

Апатию не следует путать с *аффективной блокадой,* характерной для детей с аутизмом. Аффективная блокада является признаком врожденной эмоциональной недостаточности, проявляемой пониженной эмоциональной откликаемостью, холодностью, избеганием контактов, привязанностей.

Качественные расстройства эмоций

Паратимии (греч. para — приставка, означающая отклонение; thymos — настроение) — качественные аффективные расстройства, связанные:

— с неустойчивостью эмоциональной сферы;

— с несоответствием эмоциональных проявлений ситуации, содержанию переживаний и вызвавшим их причинам.

Паратимии, связанные с неустойчивостью эмоциональной сферы, это — *слабодушие, эмоциональная неустойчивость, эмоциональная ригидность, эксплозивность.*

Слабодушие или *недержание аффекта* выражается в быстрых переходах от хорошего, слегка эйфоричного настроения к слезливости, а затем опять к беспечному благодушию без достаточного на то основания. Эмоции при этом поверхностные, переживания неглубокие. У детей, склонных и в здоровом состоянии к эмоциональной лабильности, симптомы слабодушия встречаются чаще всего в структуре посттравматического или постинфекционного церебрастенического синдрома.

Эмоциональная неустойчивость, как и слабодушие, характеризуется частой сменой настроения. Однако, в отличие от недержания аффекта, эмоциональные реакции строго дифференцированы, возникают в связи с изменениями ситуации, даже незначительными. При этом реакции всегда очень интенсивны. В детском возрасте встречаются при невропатии, астенических состояниях невротического и органического происхождения.

Эмоциональная ригидность (лат. rigiditas — твердость) выражается в трудной переключаемое™ с одной эмоциональной реакции на другую при смене ситуации. Подобная инертность аффекта характерна для эпилептической болезни, встречается при психоорганическом синдроме.

Эксплозивность (англ. explosive — вспыльчивый) также характеризуется ригидностью, тугоподвижностью эмоциональных реакций, но отличается внезапностью, выразительной жестикуляцией и мимикой, отражающей злоб-

ность и агрессивность. Отмечается при некоторых формах психопатии, при изменениях личности у эпилептиков.

К паратимиям, связанным с несоответствием эмоциональных проявлений ситуации, содержанию переживаний и вызвавшим их причинам, относятся: *эмоциональная откликаемость, неопределенный аффект, амбивалентные эмоции и инверсия эмоций.*

Эмоциональная откликаемость возникает при недостаточном понимании больным происходящего вокруг, его замешательстве. Суть ее сводится к бездумному неловкому воспроизведению эмоциональных реакций окружающих в связи с неспособностью оценить ситуацию и дать собственные реакции. Встречается у здоровых маленьких детей в компании взрослых. Наличие эмоциональной откликаемости у детей, находящихся в группе сверстников, может указывать на задержку психического развития, органическое поражение головного мозга, олигофрению.

Неопределенный аффект характеризуется бледностью и аморфностью. Больной эмоционально реагирует на происходящее, но окружающим бывает очень трудно понять, положительные или отрицательные эмоции он испытывает. Снижается интенсивность мимики и пантомимики при выражении эмоций. Круг эмоционального резонанса постепенно сужается. Дольше всего дифференцированные эмоции остаются при реакциях на удовлетворение или неудовлетворение собственных витальных потребностей. Подобные эмоциональные нарушения отмечаются у детей старшего возраста и подростков на начальных этапах развития шизофрении и имеют склонность к нарастанию.

Амбивалентные (лат. ambi — с обеих сторон; valens — сильный) *эмоции* — характеризуются сосуществованием разных, порой полярных эмоций к одному объекту. Больной, как правило, не способен осознать факт антагонизма испытываемых им чувств. Его проступки отражают переживания.

Примером может служить *Витя Л., 12 лет.* Он проявлял сильную тревогу по поводу того, что мать задерживается на работе, говорил, как любит ее, как скучает без нее. Услышав, что она открывает ключом входную дверь, убежал в свою комнату, отказывался выйти поздороваться, говорил, что мать ему надоела, сквернословил.

Инверсивные (лат. inversio — перестановка) *эмоции* — это аффективные реакции, противоположные адекватным: положительные эмоции больной испытывает при неудовлетворении своих потребностей, а отрицательные — при удовлетворении. Наличие такого нарушения, как правило, указывает на серьезные расстройства в рамках эндогенного психического заболевания.

ПРОИЗВОЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Воля — это осознаваемая целенаправленная психическая активность человека, связанная с преодолением препятствий, требующая сосредоточения активного внимания, проявляющаяся в процессе познания и управления своей

практической деятельностью. Воля — сложное образование. Оно состоит из относительно самостоятельных качеств: целеустремленности, настойчивости, выдержки, решительности, самостоятельности, инициативности, внушаемости и др.

Деятельность человека обусловлена тремя типами действий: произвольных, автоматизированных, инстинктивных.

Произвольная деятельность выражается в сознательных, целенаправленных актах. *Автоматизированная деятельность* также направлена на достижение сознательно поставленных целей, но не требует сосредоточения активного внимания, так как осуществляется условно-рефлекторно. *Инстинктивная деятельность* направлена на удовлетворение витальных потребностей и не сопровождается осознанием цели, так как совершается по безусловно-рефлекторному типу.

В основе нарушений инстинктивной деятельности лежат расстройства влечений, а в основе нарушений произвольной и автоматизированной деятельности лежат расстройства воли. В сложном волевом акте можно выделить несколько этапов:

— появление мотивации, постановка цели и побуждение к деятельности;
— борьба мотивов и выбор пути достижения цели;
— выполнение действия и осознание его последствий;

Различают простые и сложные произвольные акты.

При *простом* волевом акте достижение цели не представляет особой трудности и не требует особых усилий. Цель простого произвольного акта легко достижима. За появлением мотивации сразу следует выполнение действия. В процессе достижения цели человек может усиливать, а может тормозить свою активность. Это не требует специального осмысления, а лишь сосредоточения активного внимания. Этап борьбы мотивов в простом волевом акте отсутствует. Например, захотел взять книгу с полки и взял.

В *сложном* волевом акте появляется этап борьбы мотивов, а достижение цели связано с преодолением внешних и внутренних препятствий. Внешние препятствия объективны и не зависят от человека (природные явления, противодействия других людей). Внутренние препятствия зависят от самого человека и связаны с его порою противоречивыми желаниями, с эмоциональным состоянием, уровнем притязаний, физическими возможностями. Выбор мотивации деятельности определяет ее направленность и содержание. Характер преобладающей мотивации, определяющей произвольную деятельность, с возрастом меняется.

Воля при достижении цели зависит не только от выполнения ряда действий, но и от умения заставить себя отказаться от чего-то. В последовательно цепи произвольных актов человек осознает промежуточные цели каждого из них, однако конечная цель может оставаться в бессознательном.

Развитие **произвольной деятельности**

Предпосылки простейших произвольных актов можно наблюдать уже у младенцев в виде осознаваемых целенаправленных действий. Так, в воз-

расте 1,5-2 месяцев ребенок способен сосредоточить внимание и рассматривать яркий предмет в продолжение 2-3 минут непрерывно. В этот же период он начинает совершать действия с предметами, игрушками, но эти действия еще остаются непроизвольными. Постепенно улучшается координация его движений, он приобретает и накапливает опыт взаимодействия с окружающей средой.

В 5,5-6 месяцев это приносит результат и ребенок начинает действовать произвольно, взаимодействуя со взрослыми, манипулируя предметами.

К 7 месяцам нормально развивающийся ребенок, осваивая пространство, способен перемещать в нем предметы, останавливать их движение, менять направление движения и вновь придавать ускорение. Позднее он овладевает способностью манипулировать одновременно двумя предметами. Важными показателями того, что его действия стали произвольными, являются способность ребенка к преодолению внешних препятствий, встречающихся в диапазоне действий и мешающих достижению желанной цели, а также способность повторять одни и те же действия в сходных ситуациях.

К 10-12 месяцам жизни ребенок уже частично понимает обращенную к нему речь, улучшает свою моторику и, побуждаемый взрослыми, совершает довольно много произвольных действий.

К двум годам он уже по собственной инициативе манипулирует предметами, ставя перед собой определенные цели и осознавая их: пьет из чашки, пользуется по назначению ложкой, пытается одеваться, направляется к нужному предмету и достает его, выполняет простейшие задания. При этом произвольные действия ребенка содержат признаки сознательного волевого акта: постановку цели, организацию исполнения, а сам процесс действия очень привлекателен для ребенка.

Инфантильно-гедонистические мотивы — единственные, побуждающие ребенка младше трех лет к произвольным действиям. Суть их заключается в том, что ребенок не предвидит последствий своего поступка, стремится к немедленному удовлетворению потребности и получению удовольствия любым путем. Стремление к самостоятельности, к инициативе при успешном результате действия у него укрепляется.

На третьем году жизни произвольные акты совершаются под влиянием ситуативных переживаний, однако приобретенный опыт дает ребенку возможность предвидеть некоторые последствия своих действий, сознательно сдерживать те из них, которые мешают достижению цели.

К четырем годам формируется способность перенести выполнение действия на более позднее время («на потом»), что является еще одним признаком произвольности совершаемого действия. К 4-5 годам эта способность совершенствуется, поступки ребенка становятся менее импульсивными и более обдуманными. Появляется новый мотив, побуждающий к произвольной деятельности, — *эгоцентрически-утилитарный*. Это означает, что ребенок становится способным к совершению сложных произвольных актов, включающих в себя этап борьбы двух мотивов. Руководствуясь эгоцентрически-утилитарным мотивом, ребенок способен отказывать себе в удовлетворении

мелких, сиюминутных желаний ради удовлетворения эгоистических потребностей в будущем. Чем хуже развивается ребенок, тем чаще его поступки определяются инфантильно-гедонистическими мотивами, тем реже утилитарно-эгоцентрическими. С возрастом утилитарно-эгоцентрические мотивы приобретают все большее значение в формировании его поведенческих реакций. Именно они являются ведущими мотивами, побуждающими к совершению произвольных актов в старшем дошкольном возрасте.

Ребенок пяти-шести лет уже способен планировать свою деятельность и вербально формулировать свои планы, побуждать людей, с которыми он общается, помочь ему претворять в жизнь задуманное, оценивать результаты.

Процесс социализации ребенка, овладение морально-этическими нормами, накладывает отпечаток и на особенности произвольной деятельности. Их основу составляют уже не только чувственные побуждения, но и способность соподчинять мотивы своего поведения. Отсутствие этого приводит к нарушениям поведения, не умению играть по правилам, а в результате — к повышенной конфликтности.

Мотивы поведения дошкольников во многом определяются обратной связью, то есть одобрением или неодобрением его намерений и поступков значимыми лицами (родителями, воспитательницей детского сада, сверстниками). Влияние на формирование мотивации старших дошкольников все больше начинают оказывать такие факторы, как интерес к новым видам деятельности, к миру взрослых, стремление походить на них, желание заслужить одобрение сверстников, лучше них справиться с каким-то заданием и т. д.

В школьном возрасте появляется новый мотив поведения — *псевдоальтруистический,* являющийся замаскированной ложной формой коллективных взаимоотношений. При этом альтруистическое содержание деятельности сочетается с достижением корыстных целей. Суть этого мотива выражен в принципе «ты — мне, я — тебе» [Меграбян А. А., 1972].

У детей старше 12 лет при правильном воспитании может сформироваться и подлинно *альтруистическая* мотивация, соответствующая принципу «все за одного, один за всех». А. А. Меграбян выделяет два варианта подобной мотивации.

1. Человек испытывает страдание от сознания своего высоконравственного поведения. Творя добро, он все время анализирует, для чего он это делает, иногда чувствует какую-то особую свою миссию.

2. Человек, совершая высоконравственные альтруистические поступки, чувствует себя комфортно, получает от этого глубокое удовлетворение и просто не может поступать иначе.

Особенности формирования воли на возрастных этапах во многом определяют волевые качества взрослого человека. Только примерно к двадцати годам произвольная деятельность окончательно формируется как психическая функция. У любого человека встречаются сложные произвольные акты, побудительными мотивами возникновения которых могут быть и инфантильно-гедонистический, и утилитарно-эгоцентрический, и псевдоальтруистический, и альтруистический. Преобладанием, предпочтением в большинстве слу-

чаев человеком тех или иных мотивов проявляются личностные особенности человека, что сказывается на его поведении.

Расстройства произвольной деятельности

Расстройства произвольной деятельности можно разделить на количественные и качественные. К количественным расстройствам относятся снижение произвольной деятельности, повышение и полное отсутствие способности к волевому напряжения.

К качественным расстройствам произвольной деятельности можно отнести симптоматику, составляющую кататонический симптомокомплекс: кататонический ступор и кататоническое возбуждение, при которых произвольная деятельность больных приобретает болезненное своеобразие.

К группе волевых расстройств часто относят и тесно связанные с ней, но принципиально отличные нарушения влечений, которые будут рассмотрены здесь в отдельной главе.

Э. Кречмер [Kretchmer E., 1922] отмечал, что во время сильного эмоционального напряжения гипобулические механизмы, обычно контролируемые сознанием, в какой-то мере теряют этот контроль, что проявляется возвращением к двум онтогенетически и филогенетически ранним формам двигательных реакций:

— реактивный ступор — «реакция мнимой смерти», оцепенение;

— реактивное возбуждение — хаотическая «двигательная буря».

Расстройства произвольной деятельности представлены на схеме 5.

Количественные расстройства произвольной деятельности

К количественным нарушениям произвольной деятельности можно отнести:

— *гипобулию* (греч. hypo — приставка, означающая понижение, bule воля) — снижение произвольной деятельности;



Схема 5. Расстройства произвольной деятельности.

— *абулию* (греч. а — приставка, означающая отсутствие, bule — воля) — максимальное снижение или отсутствие произвольной деятельности;

— *гипербулию* (греч. hyper — приставка, означающая повышение, bule — воля) — усиление произвольной деятельности.

Гипобулия — снижение интенсивности и уменьшение количества побуждений к деятельности, сопровождающееся регрессом ее мотивов, гипокинезией (греч. hypo — приставка, означающая понижение, kinesis — движение), то есть малоподвижностью, а также субъективным ощущением усталости, беспомощности. При выраженной гипобулии попытки активизировать больного не приносят успеха, а только раздражают. Снижение произвольной деятельности, как правило, сопровождается также снижением влечений (пищевого, полового и др.).

Гипобулия, являющаяся одним из симптомов астенического, депрессивного синдромов, преходяща. Гипобулия при органическом поражении головного мозга, как правило, стабильна, а при шизофрении имеет тенденцию к нарастанию и переходу в абулию.

Снижение способности к волевому напряжению в детском возрасте встречается довольно часто при хронических соматических заболеваниях, в структуре развивающегося на их фоне астеноневротического синдрома. Проявляется это неспособностью заставить себя что-то делать (например, уроки), оторваться от интересного занятия, довести дело до конца. Подобные нарушения также могут свидетельствовать о личностных нарушениях истероидного, неустойчивого, гипертимного типа и некоторых других. Гипобулия может быть связана с резидуально-органическим поражением центральной нервной системы. Прогрессирующее снижение воли, связанное с заболеванием шизофренией, может быть одним из первых ее проявлений в виде потери интереса к учебе, друзьям, ухудшения успеваемости. Подобную симптоматику нужно дифференцировать с гипобулией, возникающей на фоне депрессии. Маскированные депрессии у детей нередко ограничивают свои проявления нарушениями поведения, связанными с гипобулией.

Абулия характеризуется отсутствием побуждений к деятельности и ее мотивов. Абулия часто сочетается с апатией, составляя при этом *апатоабулический синдром,* часто отмечающийся при органических поражениях лобной коры, а также являющийся исходом шизофрении. Также встречается при некоторых формах олигофрении, например при аспонтанно-аптическом варианте атонической формы общего психического недоразвития [Исаев Д. Н., 1982].

Гипербулия — это патологическое увеличение интенсивности и количества побуждений к действиям и их мотивов, приводящее к гиперкинезии (греч. hyper — приставка, означающая повышение, kinesis — движение), то есть к усилению целенаправленной двигательной активности.

Различают четыре варианта гипербулии [Бухановский А. О. и др., 1998]:

1. *Эйфорическая гипербулия,* возникающая на фоне гипоманиакальных и маниакальных состояний. У больных при этом отмечается повышенная

отвлекаемость, поэтому, начинаясь как целенаправленное, действие не доводится до конца в связи с появлением новых мотивов. Таким образом, эйфорическая гипербулия характеризуется наличием цели, борьбы мотивов, принятия решения, но на этапе выполнения действия происходит сбой, появление новых мотивов и возвращение на этап борьбы мотивов. Деятельность при этом становится непродуктивной.

Встречается в основном при маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза, при маниеформных состояниях органического генеза.

2. *Психопатическая или конституционально-личностная гипербулия* характеризуется разнообразием произвольных актов, диктуемых сиюминутными эмоциональными реакциями, и возникающих под воздействием быстро сменяющих друг друга побуждений. Эти произвольные действия не сопровождаются глубоким предварительным обдумыванием и прогнозированием результатов.

Этот вариант гипербулий встречается при психопатических или психопатоподобных нарушениях личности, в основном по возбудимому, гипертимному и истерическому типам.

3. *Демеитио-эгоцентрическая гипербулия* возникает при связанном с регрессом психики преобладании утилитарно-эгоцентрических и инфантильно-гедонистических мотивов произвольной деятельности.

Наблюдается при изменениях личности больных эпилепсией (что указывает на ее неблагоприятное течение), при некоторых вариантах психоорганического синдрома.

4. *Дементо-асемическая* (лат. de — частица, указывающая на отрицание чего-либо, mentis — разум; греч. а — приставка, означающая отсутствие, sema — знак) *гипербулия* проявляется суетливой непродуктивной псевдоделовитостью больных. Способность к логическому осмыслению происходящего у них снижена или отсутствует. Эти состояния нередко сочетаются с *апраксией* (а — приставка, означающая отсутствие, praxis — действие) и другими симптомами выпадения высших корковых функций.

Встречается при деменциях пресенильного и сенильного (лат. senilis — старческий) возраста.

Названия двух последних вариантов не очень удачны, так как ограничивают группу этих патологических феноменов указанием на деменцию, то есть приобретенное слабоумие, хотя аналогичные нарушения могут наблюдаться и при некоторых формах врожденного слабоумия, например, при акатизическом варианте атонической формы общего психического недоразвития [Исаев Д. Н., 1982].

Качественные расстройства произвольной деятельности

Парабулии — извращения произвольной деятельности. Самыми яркими проявлениями парабулий являются кататонические (греч. katateino — напрягать) симптомокомплексы, описанные в 1911 г. Е. Блейлером (E. Bleuler) в качестве добавочных симптомов одной из форм шизофрении.

Различают:

— *кататоническое возбуждение;*

— *кататонический ступор* (лат. stupor — оцепенение).

Они отличаются от всех других разновидностей возбуждения и обездвиженности стереотипией, отсутствием мотивации и целенаправленности.

Кататоническое возбуждение характеризуется нецеленаправленным, хаотичным возбуждением, импульсивно возникающим и сопровождающимся стереотипными вычурными и манерными произвольными движениями. При этом также нередко наблюдаются *вербигерации* (лат. verbum — слово, gerere — создавать), то есть бессмысленные повторения одних и тех же, иногда созвучных слов и фраз, *эхолалии* (греч. echo — эхо, lalia — речь) — повторения слов и фраз окружающих, *эхомимии* (греч. echo — эхо, mimia — подражание) — повторения мимики окружающих и *эхопраксии* (греч. echo — эхо, praxis — действие), то есть повторения жестов, движений и поз окружающих.

У детей дошкольного возраста кататоническое возбуждение содержит все симптомы, свойственные взрослым, но в рудиментарных формах:

— бесцельная маятникообразная ходьба от препятствия к препятствию;

— однообразный бег по кругу (так называемый, «манежный бег»);

— стереотипные подпрыгивания, хлопанье в ладоши;

— элементы эхомимии, эхопраксии и эхолалии;

— проговаривание или выкрикивание бессмысленных звукосочетаний и не связанных по смыслу слов, в том числе неологизмов;

— гримасничание;

— внезапные и непредсказуемые поступки (ребенок внезапно кричит, неожиданно ударяет кого-либо, плюет на случайного прохожего и т. п.).

Рудиментарные проявления кататонического возбуждения у детей дошкольного возраста нередко сочетаются с регрессивными расстройствами психомоторики, что проявляется временным возвратом к ранним возрастным этапам психического развития. К ним относятся регресс навыков опрятности (энурез, энкопрез), самообслуживания, речи и др.

Кататонический ступор проявляется застыванием, обездвиженостью, *мутизмом* (лат. mutus — немой), то есть отсутствием речи. Для кататонического ступора также характерны следующие симптомы:

— *каталепсия* (греч. katalepsia — схватывание), то есть так называемая восковая гибкость, при которой на фоне повышенного мышечного тонуса больной способен сохранять длительное время приданную ему позу;

— поза эмбриона (голова прижата к груди, руки и ноги согнуты и прижаты к туловищу), которую больной стремится принять в положении лежа;

— симптом «воздушной подушки», являющийся частью позы эмбриона (у эмбриона, положенного на спину, голова была бы приподнята над подушкой);

— симптом капюшона, при котором больные стремятся спрятать голову, натягивая на нее халат, оставляя открытым лишь лицо;

— симптом палатки, при котором больные накрываются в постели с головой одеялом;

— негативизм активный, характеризующийся сопротивлением больного просьбам окружающих, выполнением наоборот их заданий (например, при просьбе встать, больной ложится);

— негативизм пассивный, при котором больной просто не обращает внимания на просьбы и задания окружающих.

При кататоническом ступоре выражены вегетативные расстройства, что проявляется в сальности кожных покровов, повышенном слюнотечении (гиперсаливации), акроцианозе.

Рудиментарные проявления кататонического ступора наблюдаются у детей чаще после 6-7 лет. Это кратковременные застывания той или иной позе (например, с поднесенной ко рту ложкой, с поднятой для обувания ногой и т. п.); рудименты симптома восковой гибкости; изредка встречаются элементы эмбриональной позы с вытянутыми трубочкой губами (так называемый симптом «хоботка»), приподнятым положением головы в положении лежа на спине («воздушная подушка»), полным молчанием (мутизм), характерными вегетативными нарушениями.

В старшем возрасте все заметнее становятся вегетативные расстройства, пассивный и активный негативизм. У старших детей могут быть две разновидности ступора:

а) *люцидный* — без нарушения сознания и галлюцинаторно-бредовой симптоматики;

б) *онейроидный* — с частичной обездвиженностью и сновидным помрачением сознания.

. .

R/IPIIFHHII

Влечение — это возникающее независимо от сознания субъективное переживание потребности, стимулирующее деятельность человека и придающее ей направленность. Бессознательные влечения во многом определяют особенности психической жизни человека, его поведение, характер. Э. Крепелин придавал большое значение изучению влечений душевнобольных и ввел специальный термин «жизнь влечений», включающий представления о динамике влечений и их структуре.

Влечение следует отличать от близких понятий потребности и инстинкта.

Потребностью называют состояние человека, создаваемое испытываемой им нуждой в объектах, важных для его существования и развития. Потребность стимулирует человека к активным действиям.

Под инстинктом (лат: instinctus — побуждение) понимается целенаправленная приспособительная деятельность, обусловленная врожденными механизмами и характеризующаяся постоянством ответных реакций на действия определенных раздражителей. И. П. Павлов считал инстинкты сложными

безусловными рефлексами, обеспечивающими осуществление жизненно важных для организма физиологических функций, обеспечивающих тем самым продление рода и выживание вида.

Потребность — состояние нужды, активизирующее человека. Инстинкт — закрепленные и общие для всех представителей данного вида формы деятельности, направленные на удовлетворение потребности, а влечение — ее субъективное переживание. Таким образом, влечение, возникая независимо от сознания, побуждает к деятельности и направлено на удовлетворение инстинктивных потребностей. Человек обычно в той или иной степени знает, к чему именно его влечет, но очень часто не может дать себе отчета о причине этого влечения. Произвольная деятельность часто находится в обратно пропорциональной зависимости по отношению к инстинктивной. Ослабление воли может приводить к растормаживанию влечений и наоборот. Инстинкты в виде сложных безусловных рефлексов составляют физиологическую основу влечений.

К. Ясперс (1913) называл влечения «переживаемыми инстинктами». Он считал, что влечения и инстинктивные побуждения формируют находящиеся в непрерывной борьбе мотивы деятельности и определяют поведение человека. Похожую мысль высказывал 3. Фрейд, называя влечениями обусловленные инстинктами подсознательные силы, влияющие на поведение человека. Однако он также указывал, что в основном влечения определяются «запрещенными» на уровне сознания, а потому подавленными и вытесненными в подсознание, желаниями. Влечение мотивирует действия, выстраивающиеся в сложную цепь целесообразных поступков, направленных на его удовлетворение. Цель стремления не осознается, но порожденные ею функции осуществляются вполне сознательно, что в итоге приводит к должному результату.

Основными влечениями 3. Фрейд считал влечение к жизни (лат. libido — желание, влечение) и влечение к смерти (лат. mortido).

Влечение к смерти — это влечение к разрушению, к возврату в неорганическое состояние; оно может быть направлено вовне (агрессия) или внутрь, против самого себя (аутоагрессия).

Влечение к жизни направлено на самосохранение (через утоление голода, собирание и хватание, самозащиту, стремление держаться стада) и саморазвитие (через обретение власти и могущества, накопление знаний и творчество), на сохранение вида (размножение, забота о потомстве).

В психопатологии традиционно рассматриваются нарушения пищевого влечения, полового влечения, влечения самосохранения и влечения к получению впечатлений или так называемую сенсорную жажду.

Влечения являются врожденными, однако в процессе онтогенеза они развиваются и становятся более сложными, дифферецированными. На разных этапах развития меняется значимость влечений, их проявления. То, что представляется нормальным на одном этапе развития, может расцениваться как отклонение от нормы на другом.

Нарушения влечений в психопатологии детского и подросткового возраста имеют, по мнению В. В. Ковалева (1985), больший удельный вес, чем

в психопатологии взрослых. Возможно усиление, снижение, отсутствие и искажения влечений.

Половое влечение

Развитие полового влечения

Длительное время нормально развивающегося ребенка считали асексуальным. Любые сексуальные проявления у ребенка расценивались как патологические, указывающие на его «дегенеративность», «развращенность». Неправильное отношение родителей, врачей к этим проявлениям ребенка нередко приводили (и приводят) к личностным, эмоциональным, коммуникативным и другим проблемам повзрослевшего человека, являющихся результатом неизжитых детских психотравм.

З. Фрейду (1905) удалось развенчать миф об отсутствии полового влечения у ребенка и выдвинуть гипотезу, ставшей основой психоанализа. Он выделил стадии психосексуального развития, названия которых связаны с зонами тела ребенка, которые отвечают на определенных этапах его развития за удовлетворение полового влечения и за удовольствие от функционирования своего тела:

— оральная (лат. oris — рот) стадия — продолжается в течение первого года жизни,

— анальная (лат. anus — задний проход) стадия — занимает возрастной период примерно от одного года до трех лет;

— фаллическая (греч. phallos — половой член) стадия (эдипова) — начинается примерно с трех лет и заканчивается в шесть;

— латентная (лат. latentis — скрытый) — начинается в шесть-семь лет и заканчивается в препубертатном периоде лет в двенадцать;

— генитальная (лат. genitalia — половые органы) — продолжается с 12 до 18 лет.

Психосексуальное развитие осуществляется переходом с одной фазы на другую. Это сопровождается появлением новых форм удовлетворения витальных и сексуальных потребностей, отказом от преимущественного использования форм, характерных для предыдущей фазы. Чрезмерно сильные положительные или отрицательные подкрепления на каждой из фаз психосексуального развития могут приводить к фиксациям. При этом у ребенка возникает необходимость постоянного возвращения именно к тому способу удовлетворения, который был зафиксирован.

Оральная стадия характеризуется получением удовлетворения младенцем от сосания, покусывания, жевания и т. п., то есть либидо на этой фазе фокусируется на области рта. Основное удовлетворение он получает в процессе кормления грудью. На ранних этапах развития ребенок довольно пассивен, к концу этой стадии он активизируется, становится агрессивным.

На этой стадии ребенок еще не выделил себя из окружающего мира, не построил своих границ. Он не отделяет свое тело от тела матери. В то же

время уже на этой стадии он в процессе исследования наиболее территориально доступного объекта (своего тела) случайно обнаруживает специфичность осязательной чувствительности половых органов, получает опыт удовольствия игры собственными гениталиями. А. Фрейд подчеркивала, что умеренное количество аутоэротической стимуляции необходимо для нормального развития ребенка. Однако основным результатом успешного прохождения оральной стадии является открытие ребенком возможности получения удовлетворения от телесного и эмоционального контакта с другим человеком. При этом закладывается чувство базисного доверия к другому, что во многом определяет в дальнейшем его взаимоотношения с окружающими.

Анальная стадия знаменуется началом обучения ребенка навыкам опрятности. В зависимости от успешности управления анальным сфиктером он получает похвалу или порицание родителей. Впервые от ребенка начинают требовать соответствия социальной норме. Наказания при ее несоблюдении за то, на что раньше не обращали внимания, вызывают недоумение, иногда протестные реакции. При этом ребенок испытывает амбивалентное эмоции по отношению к матери, нередко становится упрямым, иногда агрессивным, настроение у него неустойчиво. Он учится справляться со своими эмоциями. Стимулом овладения новым навыком для ребенка может стать либо страх наказания, либо опасение расстроить мать. Выбор преобладающего стимула может наложить отпечаток на дальнейшее развитие ребенка.

В течение анальной стадии акт дефекации, способность удерживать и выталкивать кал приобретают для ребенка особое значение, так как этот процесс сопровождается получением чувственного удовольствия, гордостью за способность управлять своим телом.

Фаллическая стадия (эдипова) наступает в то время, когда ребенок уже выделил себя из окружающего мира, построил границы своего тела и обнаружил, что все люди делятся на мужчин и женщин, активно усваивает свою половую роль. Его все больше интересуют отличия мужчин от женщин, собственная половая принадлежность. Интерес к устройству своего и чужого тела, к тайне рождения проявляется в соответствующих вопросах, подглядывании, в организации совместных игр мальчиков и девочек, сопровождаемых обнажением и демонстрацией гениталий. Отношения к обоим родителям часто приобретают амбивалентный характер, так как родитель своего пола воспринимается как конкурент, а родителя противоположного пола ребенок ревнует. У мальчиков появляется повышенный интерес к своему пенису, а у девочек к клитору. На завершающем этапе этой стадии ребенок создает определенную инфантильную концепцию о различиях и взаимоотношениях полов. При ее благоприятном течении ребенок принимает свою половую роль и готов совершенствовать ее.

Латентная стадия характеризуется все большим расширением круга интересов ребенка за пределы семьи. Приступив к обучению в школе, он строит отношения со сверстниками, учителями, расширяет свою социальную ком-

петентность. Видимого интереса к вопросам половой жизни дети не проявляют, однако стремятся соответствовать своей половой роли, что приводит к подчеркиванию в поведении соответственно мужских или женских черт. Страх, особенно у мальчиков, прослыть неадекватным своей половой принадлежности приводит к сокрытию детьми интереса к противоположному полу. В крайних вариантах это проявляется агрессией, направленной на определенного сверстника противоположного пола, которому ребенок особо симпатизирует. Подобные переживания ребенка очень хорошо отразил в одном из своих «вредных советов» замечательный детский писатель Г. Б. Остер:

«Девчонок надо никогда
Нигде не замечать.
И не давать прохода им
Нигде и никогда.
Им надо ножки подставлять,
Пугать из-за угла,
Чтоб сразу поняли они:
До них вам дела нет.
Девчонку встретил — быстро ей
Показывай язык.
Пускай не думает она,
Что ты в нее влюблен».

Подобные отношения приводят к сегрегации коллектива: мальчики играют только с мальчиками, а девочки с девочками. Попытки общения, дружбы со сверстником противоположного пола вызывают насмешки одноклассников. В латентной фазе идет дальнейшее принятие и становление половой роли, усвоение свойственных ей особенностей поведения.

Генитальиая стадия совпадает с наступлением пубертатного периода, характеризующегося физиологической подростковой гиперсексуальностью. Изменение внешности, связанное с появлением вторичных половых признаков, меняет отношение окружающих к подросткам. Половое созревание девочек в среднем несколько опережает созревание мальчиков. На этой стадии у детей возникает ряд проблем. И мальчиков, и девочек могут беспокоить сроки появления вторичных половых признаков, избыточный вес, появление юношеских угрей, эротические сновидения, повышенный интерес к противоположному полу, желание мастурбировать. Многие мальчики к тому же могут быть озабочены малым ростом, недостаточной физической силой, задержкой появления усов, нагрубанием молочных желез, небольшими, с их точки зрения, размерами полового члена. Девочки переживают по поводу высокого роста, размеров и формы молочных желез, нерегулярности менструаций.

В этом возрасте дружба юноши с девушкой не только не ставит под сомнение адекватность их половых ролей, а наоборот подтверждает ее, помогает решать задачу эмоционального отделения от родителей. Если в этом возрасте отношения с родителями или друзьями своего пола оказываются для

подростка более ценными, чем первая любовь, то это может свидетельствовать о некоторой задержке психосексуального развития.

Переживая генитальную стадию, подросток делает выбор между сохранением отношений детско-родительской зависимости и обретением новых партнерских сексуально-эротических отношений. От этого выбора во многом зависит его дальнейшая жизнь.

Расстройства полового влечения (см. схему 6)

Количественные расстройства полового влечения

Усиление полового влечения называется *гиперсексуальность* (греч. hyper — приставка, означающая чрезмерное повышение; sexualis — половой). Различают мужскую гиперсексуальноть — сатириазис (греч. Satyros — Сатир, лесной бог в греческой мифологии) и женскую гиперсексуальность — нимфоманию (греч. nymphe — невеста, mania — страсть, влечение). Проявляются они безудержным стремлением к половому сближению с разными партнерами и диагностируются только в зрелом возрасте. У детей гиперсексуальность проявляется в раннем пробуждении сексуальности, то есть в возникновении у них сексуальных интересов и действий, характерных для более старшего возраста.

В детском возрасте гиперсексуальность отмечается в виде соответственно сексуально окрашенных действий, игр, рисунков, вопросов, разговоров, сквернословия, обостренного полового любопытства (подглядывания за обнажением, уринацией, дефекацией лиц другого пола), чрезмерной нежности к родственникам противоположного пола. Существуют также так называемые *условно сексуальные действия:* сосание пальцев, языка, ковыряние в носу, поглаживания себя, раскачивания во сне и в состоянии бодрствования и т. п. Д. Н. Исаев (1980) подчеркивал, что рассматривать большинство как безусловных, так и условных подобных действий в качестве сексуальных следует с тем большей осторожностью, чем младше ребенок. Отсутствие эротического фантазирования при манипуляциях с гениталиями у маленьких детей, при явно испытываемых ими специфических сладострастных ощущениях, не является, на наш взгляд, основанием не считать эти действия сексуальными.

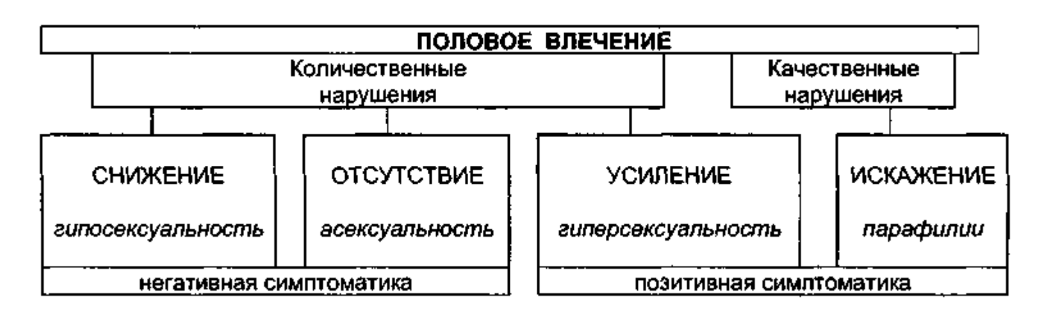


Схема 6. Расстройства полового влечения.

Важно уметь отличать проявления гиперсексуальности от проявлений нормальной детской сексуальности как у здоровых, так и у психически больных детей. Критерии различий весьма относительны, однако в числе характерных признаков, указывающих на патологию, все же можно назвать следующие:

1) раннее появление не соответствующих возрасту форм сексуальной активности;

2) чрезмерная выраженность и длительность сексуальных проявлений;

3) циничность, обнаженность сексуальных проявлений;

4) необычность и вычурность сексуальных проявлений;

5) связанная с предыдущими признаками дезадаптация детей на психологическом и социальном уровнях.

Д. Н. Исаев считает, что отношение ребенка к сексуальности и ее проявлениям часто приобретает значение диагностически ценного и информативного симптома.

Особое место в проявлениях детской сексуальности занимает мастурбация (лат. manus — рука, stupro — осквернять) или онанизм (лат. onanismus), ипсация (лат. ipse — сам). Мастурбация сама по себе безвредна и предоставляет собой безопасные способы приобретения сексуального опыта в подростковом возрасте. В то же время, мастурбация в младшем возрасте часто указывает на эмоциональную депривацию, состояние психического дискомфорта, а также более серьезное нервно-психическое расстройство или эндокринопатию, и об этом необходимо помнить.

Отношение к мастурбации за последние двадцать лет претерпело большие перемены. Преобладающая ранее репрессивная установка сменилась либеральной. Если раньше на прием к психотерапевту родители часто приводили детей в связи с тем, что они занимаются онанизмом, то сейчас этого почти не бывает. Однако выявление мастурбации в качестве симптома в структуре невротического синдрома наряду с другими встречается даже чаще, чем прежде, причем происходит это лишь при целенаправленном опросе родителей врачом. Примером может служить следующий случай.

Пример. Мать пятилетнего Саши, обратившаяся с жалобами на нарушения поведения, агрессивность сына и на появление у него мигательных тиков, на вопрос о мастурбации ответила утвердительно: «Да, он часто «нежится». Как свободная минутка выдается, так сразу в кровать бежит и «нежится». Я иногда подхожу и заглядываю под одеяло, как он это делает. Раньше он стеснялся, а теперь перестал». Женщина объяснила, что она много читала «о сексе» и теперь знает, что онанизм полезен. Подобных примеров можно привести много.

В младшем возрасте сексуальные проявления обусловлены, как правило, психологическими проблемами, а не физиологической потребностью. Манипуляции гениталиями не сопровождаются эротическим фантазированием. Чем старше становится ребенок, тем больший вес приобретает физиологический компонент сексуальности. В период полового созревания он становится превалирующим, что во многом объясняет выраженную гиперсексуальность подростков, являющуюся в этом возрасте нормальной.

В результате либерализации сексуальной морали в России последнее время все реже встречается негативное отношение к проявлениям детской сексуальности, что имеет как положительные, так и отрицательные моменты. С одной стороны преодолено устоявшееся неверное представление об отсутствии у детей до пубертатного возраста полового влечения и оценка любых его проявлений, как патологических. С точки зрения 3. Фрейда, это «совсем не простая, но чреватая тяжелыми последствиями ошибка, так как она, главным образом, виновата в незнании основных положений сексуальной жизни». В наше время все реже встречается навязчивый страх онанизма (онанофобия). Приведенный в 1984 г. Д. Н. Исаевым в качестве одного из проявлений «патологичности подростковой мастурбации» признак «большой частоты (чаще одного раза в 10-60 дней)» нуждается в пересмотре.

С другой стороны, многих родителей теперь совсем не беспокоят даже такие сексуальные проявления, интенсивность и качественное своеобразие которых свидетельствуют о нарушениях здоровья детей.

Усиление у детей встречающихся в норме элементарных сексуально значимых реакций, а также выход за их рамки (появление сексуальных фантазий, эротических переживаний) могут быть в ряду первых признаков истинного или ложного преждевременного психосексуального развития. По определению Г. С. Васильченко (1983), оно представляет собой раннее становление сексуальности, опережающее средние возрастные нормы, и раннее половое созревание. Он писал: «как правило, интереса к противоположному полу такие дети не проявляют, а в некоторых случаях выявляется лишь ранняя допубертатная мастурбация». В настоящее время такая картина скорее не правило, а исключение.

Истинное преждевременное психосексуальное развитие связано с повышением по сравнению с возрастной нормой активности гипоталамо-гипофизарной системы. В его основе может лежать либо увеличение секреции гонадолиберина, обусловленное опухолью заднего гипоталамуса, серого бугра (гамартомой), либо высокий уровень гонадотропных гормонов, наблюдающийся при опухоли гипофиза. Другим механизмом преждевременного психосексуального развития является уменьшение влияния тормозящих центров на гипоталамо-гипофизарную активность, возникающее при краниофарингиомах, при менингитах, энцефалитах различной этиологии, при травмах головного мозга. Опухоли эпифиза могут быть гормонально-активными и стимулировать преждевременное психосексуальное развитие, как минимум, двумя путями:

— уменьшением выработки антигонадотропных веществ;

— повышением секреции полипептида, близкого по своей структуре к гонадотропину

Причинами ложного преждевременного психосексуального развития чаще всего являются гормонально-активные опухоли яичек и надпочечников, иногда — злокачественные новообразования печени. Интерстициально-клеточная аденома, встречающаяся чаще других, является доброкачественной.

После ее удаления уровень тестостерона, как правило, нормализуется, и темпы психосексуального развития замедляются. Кроме того, ложное преждевременное психосексуальное развитие может быть вызвано врожденной гиперплазией коры надпочечников, приводящей к развитию адреногенитального синдрома.

К счастью, описанные нарушения встречаются довольно редко. В то же время на приеме детского психотерапевта все чаще появляются пациенты с невротическими расстройствами, в структуру которых входят сексуальные проявления. К ним относятся упорные стремления к мастурбации, к подглядыванию за переодеванием, физиологическими отправлениями лиц противоположного пола, к организации сексуальных игр со сверстниками, квалифицируемые нами как проявления гиперсексуальности. Они отличаются от встречающихся в норме у детей подобных эпизодических явлений тем, что носят постоянный, часто навязчивый характер и приводят к нарушению психологической и социальной адаптации. 3. Фрейд считал, что у таких детей затруднено формирование тех «душевных сил», которые возводят «плотины на пути сексуального влечения и сужают его направление (чувство стыда, эстетические и моральные требования)». Он подчеркивал, что возведение этих «плотин» является не только делом воспитания, которое во многом этому содействует, но и обусловлено наследственными факторами.

Причинами развития детской гиперсексуальности, отмечаемой нами в структуре невротических нарушений у детей, являются:

— депривация. Это подтверждается наблюдениями за детьми, испытывающими сенсорный голод, дефицит положительных эмоций, воспитывающихся в детских домах, а также в семьях по типу гипопротекции;

— воспитание детей в духе «движения за свободную телесную культуру» [Каган В. Е., 1991), неправильно проводимое половое воспитание, приводящие к дидактогениям [Добряков И. В., 1996];

— сексуальная неудовлетворенность родителей.

Нередко гиперсексуальность наблюдается у детей с органическими поражениями головного мозга. Гиперсексуальность с циничными проявлениями (обнажение при посторонних, публичная мастурбация, сквернословие, вопросы об интимной жизни взрослых людей, предложения вступить в половые отношения и т. п.) могут отмечаться в клинической картине детской шизофрении.

Как уже указывалось, в периоде полового созревания гиперсексуальность подростков, обусловленная гормональными физиологическими изменениями, совершено нормальное явление. Проявляется она повышенным интересам к вопросам половой жизни, к противоположному полу, бесконечными эротическими фантазиями, разговорами на эту тему со сверстниками своего пола, чтением книг, просмотром кинофильмов соответствующего содержания. Мастурбация в этот период также обычное явление. Беспокойство может вызывать лишь сверхценное, тревожное или навязчивое отношение к ней подростка. Подростки с истерическими чертами личности склонны к так называемым самооговорам. При этом они распространяют о себе по-

рочащие слухи, рассказывают, что были изнасилованы, занимались проституцией и т.п. Нередко эти «потерпевшие» нуждаются в психиатрическом обследовании, а иногда в проведении судебно-медицинской экспертизы. Также внимание подростковых психиатров должно привлекать раннее начало половой жизни. Д. Пинес (D. Pines) считает, что ранние, часто случайные половые связи могут иметь своей целью, не осознаваемой подростком, не реализацию стремления ко взрослым сексуальным отношениям, а переживание доэдипальных ощущений материнской ласки. Другой причиной раннего начала половой жизни может быть бунт подростка, отстаивающего таким образом перед родителями свои права распоряжаться собственным телом.

Невротизирующим фактором для некоторых подростков, воспитанных в рамках строгой морали, является возникновение у них эротических сновидений. Впрочем, последнее время это встречается редко. Гораздо чаще, почти повсеместно, отмечается широкое использование подростками инвективной лексики соответствующего содержания. Одной из основных причин этого явления можно назвать внутреннюю неуверенность подростка в собственной сексуальной адекватности и состоятельности. Используя «матерные» слова, он как бы пытается показать окружающим, что пренебрежительно относится к вопросам, связанным с половой жизнью, что проблем в этой области для него не существует. Нередко содержание используемых матерных выражений непосредственно отражает сексуальные проблемы подростка.

Снижение полового влечения. *Гипосексуальность* (греч. hypo — приставка, означающая недостаточность, слабую выраженность; sexualis — половой) и *асексуальность* (греч. a — приставка, означающая отсутствие; sexualis — половой) — снижение и отсутствие половой заинтересованности. Эти нарушения мало актуальны для детского возраста. Только в подростковом возрасте отсутствие полного интереса к противоположному полу может свидетельствовать о снижении полового влечения. Это нарушение, как правило, сочетается с выраженным астеническим синдромом или с физическим инфантилизмом.

Гипосексуальность следует дифференцировать с ложной гипосексуальностью, при которой половое влечение присутствует, но в связи с особенностями воспитания и личностными установками тщательно скрывается. При этом подросток пытается бороться с собственной чувственностью, нередко изнуряет себя физическими упражнениями, учебой и т.п. Отсутствие интереса к противоположному полу также может быть связано с тем, что подросток не способен решить задачу эмоционального отделения от родителей. Причиной, а иногда результатом этого могут быть бессознательные инцестуозные отношения между подростком и родителем противоположного пола.

Качественные расстройства влечений

К качественным нарушениям полового влечения относятся сексуальные перверзии (лат. perversio — извращение) или парафилии (греч. paraphilia: para — приставка, означающая отклонение, philia — любовь, склонность).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) парафилии имеют шифр F65.

Термин «парафилия» был введен в психиатрию в 1934 г. с целью замены им термина «перверзия», ставшего к тому времени больше юридическим, чем медицинским. Либерализация сексуальной морали привела к тому, что в последнее время изменились взгляды на некоторые формы удовлетворения полового влечения, считавшиеся ранее патологическими. Так, в МКБ-10 выделяются расстройства половой идентификации и расстройства сексуального предпочтения. При этом варианты подростковой, гомосексуальной, бисексуальной ориентации не рассматриваются в качестве патологических. В их отношении, по-видимому, вместо устаревшего термина «извращение» («перверзия») целесообразнее употреблять термин «девиация» (лат. deviare —. сбиваться с пути), указывающий на отклонение от общепринятой нормы, но не являющееся проявлением болезни.

Существует много теорий, пытающихся объяснить феномен парафилий, однако ни одна из них не дает исчерпывающего ответа на вопросы о природе их возникновения и развития. Педиатру, детскому психиатру необходимо знать, что согласно одной из них к появлению девиантных форм полового влечения могут приводить условно-рефлекторные связи, возникающие в период становления сексуальности ребенка или в период дебюта половой активности подростка.

Важно уметь отличать крайние варианты проявлений нормального полового влечения от патологических, что представляет собой довольно сложную задачу из-за нечеткости границ между ними. Как отмечали В. Мастере и В. Джонсон (W. Masters, V. Johnson), «парафилий отличаются от эпизодического сексуального экспериментирования так же, как наркомания отличается от введения наркотиков с лечебной целью». П. Б. Посвянский предложил различать парафилий по степени их патологичности на следующие формы.

1. Перверзитеты (ложное аномальное сексуальное поведение, являющееся переходной формой).

2. Факультативные (психогенно-функциональные перверзии, возникающие в связи с ситуациями — «перверзии по нужде»).

3. Истинные перверзии (конституционально обусловленные, связанные с церебральной и нейрогуморальной дисфункциями).

Чаще выделяют *истинные парафилий* и *ложные парафилий.*

При истинных парафилиях, обусловленных, как правило, причинами биологического характера, реализация полового влечения в извращенной форме является единственно возможным путем достижения сексуального удовлетворения. Частыми признаками истинной парафилий являются отсутствие переработки внутренних побуждений, импульсивность возникновения, нарастающее доминирование переживаний, связанных с влечением, сочетание с аффективными нарушениями и сужением сознания.

При ложных парафилиях, связанных с приобретенными формами поведения, удовлетворение полового влечения девиантным путем обусловлено

ситуацией, то есть происходит лишь из-за наличия объективных препятствий нормальной половой жизни (вынужденная сексуальная абстиненция, изоляция в однополых коллективах, физический недостаток и т. п.). Устранение препятствий возвращает человека к нормальной половой жизни. Ложные парафилии встречаются значительно чаще истинных.

В детском возрасте, по мнению Г. Е. Сухаревой, истинные парафилии не встречаются. Это утверждение связано с тем, что такие признаки истинной перверзии как неодолимость, импульсивность, насильственность встречаются у детей крайне редко.

У взрослых людей, особенно имеющих широкий диапазон приемлемости, элементы парафилии могут встречаться достаточно часто и не должны расцениваться как отклонение от нормы. Эти случаи квалифицируются как ложные парафилии. Психиатру важно уметь отличать половое изощрение от полового извращения.

Существует много классификаций парафилии, однако общепринятой классификации до настоящего времени нет. Основные трудности ее создания состоят в том, что феноменологические идентичные формы отклонений полового влечения могут быть по сути совершенно различны, а понятие «нормы» в сексологии меняется в зависимости от социального строя, экономического благосостояния и связанных с ними изменений в области культуры, морально-этических норм, принятых в обществе.

На наш взгляд, наиболее удачной (с некоторыми оговорками), а главное нужной в работе детских психиатров, психотерапевтов и психологов, остается классификация, созданная в 1914 г. З. Фрейдом. В ней впервые использован дизонтогенетический принцип. Любую форму девиации полового влечения он рассматривал как нарушение психосексуального развития. Им были введены два новых термина: «сексуальный объект» и «сексуальная цель».

Под *«сексуальным объектом»* З. Фрейд понимал лицо, с которым связывается сексуальное возбуждение и возможность полового удовлетворения.

«Сексуальная цель» — это действия, которые стремится совершить человек, находящийся в состоянии полового возбуждения, с целью получить удовлетворение.

Используя наиболее употребляемые в настоящее время термины, классификацию З. Фрейда, в несколько измененном виде, можно представить следующим образом.

I. Отклонения полового влечения относительно объекта.

а. Инверсии, то есть гемофилии. В этой же группе мы рассматриваем аутофилию и инцест.

б. Незрелые лица и животные. Логичным представляется рассмотреть в этой группе также и влечение к пожилым людям.

II. Отклонения полового влечения, связанные с сексуальной целью и действиями по ее достижению.

а. Выход за анатомические границы и замещение сексуального объекта.

Выход за анатомические границы представлен в классификации З. Фрейда орогенитальными контактами, анальным сексом и пр.

Для детских психиатров представляет интерес группа нарушений, связанных с замещением сексуального объекта. В нее включены фетишизм, трансвестизм.

б. Нарушения полового влечения, связанные с остановкой, фиксацией на сексуальных целях, имеющих место на ранних этапах сексуального развития. В этой группе рассматриваются ощупывание (фроттеризм), разглядывание (вуайеризм), а также экзаудоризм, эксгибиционизм, садизм и мазохизм.

I. Отклонения полового влечения относительно объекта,

а. Инверсии, то есть гомофилии. В этой же группе мы рассматриваем аутофилию и инцест:

— *аутофилия* (греч. autos — сам, philia — любовь) или *нарциссизм* (греч. Narkissos — Нарцисс, герой мифа о юноше, влюбленном в свое отражение) — половое влечение, ориентированное на свое тело, при котором удовлетворение достигается путем самосозерцания, ласкания себя и мастурбации;

— *гемофилия* (греч. homos — такой же, philia — любовь) или гомосексуализм (греч. homos — такой же, sexus — пол) — половое влечение к лицам своего пола;

— *инцест* (лат. incestus — кровосмешение: in — приставка, в данном случае означающая отрицание, castus — непорочный) — половое влечение к отцу, матери или другим близким родственникам.

Аутофилии {нарциссизм) иногда можно расценивать как сексуальное отклонение только в отношении людей, установивших объектные отношения.

3. Фрейд выделял:

— *первичный нарциссизм,* как нормальное общее исходное состояние либидо в период раннего детства;

— *вторичный нарциссизм,* возникающей уже после возникновения объектных отношений в результате перемещения внимания с другого сексуального объекта на себя.

Сексуальные проявления детей довольно часто включают в себя преходящие элементы нарциссизма в виде полового возбуждения при рассматривании собственного обнаженного тела, в частности гениталий. На ранних этапах полового созревания преходящие эпизоды нарциссического поведения встречаются чаще, чем в другие возрастные периоды. У мальчиков сексуальное возбуждение может нарастать при виде своего эрегированного полового члена. Девочки могут подолгу рассматривать свои гениталии в зеркале, возбуждаясь при этом, целуют свои руки, сосут пальцы и мастурбируют. Иногда подростки фотографируют себя в обнаженном виде и используют эти фотографии для возбуждения при мастурбации.

Важно отметить, что мастурбация может считаться проявлением аутофилии лишь тогда, когда половое возбуждение связано с любованием собственным телом.

Формированию нарциссических реакций и их закреплению способствует изоляция от сверстников и общение с раннего возраста только со взрос-

лыми, что в частности чревато отсутствием опыта участия в детских сексуальных играх. Наиболее подвержены нарциссизму интровертированные личности, а также имеющие истерические черты.

У взрослых мужчин и женщин нарциссизм как истиная парафилия встречается крайне редко. Элементы нарциссизма могут быть частью нормальной половой жизни (например, возрастание полового возбуждения при рассматривании себя во время полового акта).

Гомофилию, гомосексуализм важно отличать от гомосексуальных контактов. Гомосексуализм — это обязательное наличие полового влечения к лицам своего пола, равнодушие к противоположному полу. Сам по себе гомосексуальный контакт не может быть основанием для выводов о гомофилии. К. Ясперс (1913) призывал никоим образом не сводить весьма разнообразные случаи гомосексуальности к одному знаменателю.

По данным A. Kinsey (1948), гомосексуальные контакты хотя бы один раз в своей жизни имели 48% мужчин и 28% женщин, причем происходили они в основном во время пубертатного периода на фоне физиологической гиперсексуальности.

В более раннем возрасте гомосексуальные контакты могут иметь место в процессе сексуальных игр и совсем не обязательно указывают на гомофильное влечение. Среди мальчиков 5 лет они наблюдались у 18%, 10 лет — у 30,54%, 15 лет - 53,14% [Васильченко Г.С., 1990].

Специфические трудности исследования столь интимной проблематики позволяют предположить, что эти данные занижены. Столь высокий, несмотря на это, процент случаев объясняется ситуацией, в которой оказываются дети и подростки. Стремление к половым контактам с противоположным полом, как бы заманчивы они для них ни были, в этом возрасте весьма затруднительны. Начиная интересоваться вопросами пола, дети делятся информацией на эту тему друг с другом. Обсуждение сексуальных проблем происходит в этом возрасте, как правило, в однополой среде. Возбуждение, возникающее в процессе этих разговоров, может приводить в результате к совместной или взаимной мастурбации, взаимным ласкам (петтингу) и т.д.

Распространенность истинного гомосексуализма по данным разных авторов колеблется от 1 до 4%. У женщин гомофилия встречается несколько реже, чем у мужчин.

Существует довольно много теорий, пытающиеся объяснить феномен гомосексуальности, однако ни одна из них не раскрывает суть проблемы полностью. По-видимому, это связано с разными причинами возникновения гомосексуальности и многообразием личностей, склонных к гомофилии.

Наиболее признанными являются дополняющие друг друга теория нейроэндокринных нарушений половой дифференциации мозга в пренатальном периоде и эндокринная теория. Нарушения половой дифференциации мозга плода на 4-7-м месяце антенатального развития изменяют чувствительность гипоталамуса к гормонам. Таким образом, нарушается эндокринное обеспечение сексуальных функций. Все это становится почвой для искаженного самосознания полового и полоролевого поведения. Среди причин нарушений

половой дифференциации мозга в пренатальном периоде называют инфекционные заболевания, депрессии, возникающие у женщины во время беременности, использование гормональных препаратов и некоторых других лекарств.

По-другому объясняет происхождение гомофилии психоаналитическая теория. Основой возникновения гомосексуальности считаются нарушения отношений со значимыми личностями на самых ранних этапах развития человека. Еще 3. Фрейд выдвинул гипотезу о том, что если к 5-6 годам у мальчика не формируется понимание невозможности эротической связи с матерью и он не переживает разочарование в связи с этим, то в дальнейшем его половое влечение может быть ориентировано на лиц своего пола. Чтобы этого не произошло, в семье ребенка должен быть привлекательный, сильный, принимающий ребенка отец, муж матери. При этом мальчик будет стараться всеми силами быть похожим на отца, идентифицироваться с ним, чтобы нравиться матери. Мать должна любить мужа больше, чем самого ребенка, во всяком случае, предпочитать его ласки. В противном случае она будет связывать его своей нежной или суровой всепоглощающей любовью, препятствовать взрослению сына, его попыткам отделиться, укреплять границы своего тела. Нормально развивающийся мальчик 5-6 лет начинает стесняться обнажаться перед матерью. Женщина, счастливая в браке, встречает появление этого стыда с пониманием, а сексуально неудовлетворенная отвергает его. Именно идентификация мальчика с отцом побуждает его отказаться от притязаний на его жену и, имея пример отношений мужчины и женщины в своей семье, он приступает к поискам своей женщины. Девочка к 5 годам также должна преодолеть влечение к отцу, зависть к пенису и идентифицироваться с матерью. Если этого не происходит, возможно нарушение ее психосексуальной ориентации. Последователи 3. Фрейда развили и углубили и доказали на большом клиническом материале правомерность его гипотезы.

Дизонтогенетическая концепция, объединившая элементы нескольких теорий, рассматривает отклонения психосексуальной ориентации как нарушения психосексуального развития в постнатальном онтогенезе, в результате которых закрепляются отдельные проявления психосексуального развития, свойственные ранним этапам.

Из приведенных теорий становится ясно, что существуют как биологические, так и психологические причины гомосексуальности. Лиц, испытывающих половое влечения к представителям своего пола, условно можно разделить на три группы в зависимости от преобладания причин психологического или биологического характера.

Транссексуализм (лат. trans — в данном случае приставка, означающая нахождение за пределами чего-либо, через; sexus — пол)- это крайний вариант, при котором не только выражено влечение к лицам своего пола, но и стойко нарушено половое самосознание. В МКБ-10 транссексуализм значится под шифром F64.0. Поведение, одежда больных полностью соответствуют их половому самосознанию. В связи с этим многие сексологи склонны оценивать половое влечение транссексуалов к лицам одного с ними анатомического пола как гетеросексуальное.

Частота возникновения транссексуализма по данным разных авторов — один на 100 000 среди мужчин и одна на 300 000 среди женщин.

Транссексуализм манифистирует очень рано. Один из наших пациентов — Артем Ж. в три с половиной года откликался на обращенную к нему речь, только когда его называли «Сонечка», отказывался надевать «одежду для мальчиков», стричь волосы, просил, чтобы ему завязывали бант. Родители считали такое поведение ребенка «капризами», в то время как это были ранние симптомы болезненного полового самосознания.

Дети-транссексуалы требуют у родственников и других окружающих относиться к ним, как к человеку другого пола: называть его соответствующим, выбранным им самим именем, позволять носить одежду другого пола или хотя бы нейтральную, не выдавать посторонним «тайну пола», не называть при них «мальчиком» или «девочкой». Начавшись в детстве, эти симптомы, несколько трансформируясь, остаются на всю жизнь. Стиль поведения транссексуалов соответствует тому полу, с которым они себя идентифицируют. Большую радость и удовлетворение испытывают они, когда кто-либо принимает их за лицо имитируемого пола. Играть мальчики предпочитают куклами, посудой, а девочки — машинками, пистолетами. В играх со сверстниками дети, при предоставлении им возможности выбрать роль, непременно выбирают соответствующую их представлениям о своем поле. Они стесняются посещать туалет, мыться в душе, переодеваться в присутствии сверстников одного с ними пола. Чем в большей степени родители не принимают «странностей» и «капризов» ребенка, тем больше страдают дети, не в силах прекратить борьбу за соответствие собственного полового самосознания и восприятия себя окружающими.

Транссексуалы твердо убеждены, что имеющиеся у них гениталии (кстати, правильно сформированные и функционирующие) не соответствуют их истинному полу. Дети ненавидят свои гениталии, стесняются их. В период появления вторичных половых признаков это особенно обостряется. Девочки стараются туго бинтовать молочные железы, мальчики специальными повязками фиксируют в промежности половой член. В связи с этим понятно стойкое стремление транссексуалов к хирургической операции, способной, по их мнению, изменить их телесный пол на противоположный. Они собирают вырезки из газет, журналов, в которых сообщается об операциях «по перемене пола», пытаются писать в соответствующие клиники, копят деньги «на лечение», иногда, предпринимая попытки самолечения, принимают гормоны. По данным Г. С. Васильченко (1990), 18% таких юношей решаются на частичное или полное самооскопление. Повышенное половое влечение, характерное для подросткового периода, направлено у транссексуалов на представителей своего пола.

Течение транссексуализма практически не зависит от влияний психологического климата, микросоциальной среды. Транссексуалы категорически отказываются от предложений психотерапевтической, медикаментозной помощи, направленной на коррекцию полового самосознания, требуя у врачей только содействия в проведении операции.

В этиологии транссексуализма, разумеется, преобладают биологические факторы. Исследования показали, что у транссексуалов еще во внутриутробном периоде произошли грубые нарушения дифференцировки гипоталамуса и других структур головного мозга, ответственных за половое поведение, выражены расстройства функционирования эмбриональных гонад.

Другую группу нарушений психосексуальной ориентации по полу объекта называют *«истинным»* или *«первичным» гомосексуализмом.* Расстройств сексуального самосознания у представителей данной группы нет. Во внешнем виде мальчиков этой группы отмечаются фемининные, а у девочек — маскулинные черты. С возрастом это становится еще заметнее: у мальчиков отмечается особая пантомимика, пластика движений, высокий голос, а у девочек, наоборот, голос грубоват, движения резкие, порывистые. Впечатление усугубляется тем, что и в поведении этих ребят, как правило, отмечается трансформация полового поведения. Мальчики не сопротивляясь носят мужскую одежду, но придают ей большое значение, очень аккуратны. Они предпочитают яркие цвета, любят украшать себя, могут много времени уделять уходу за ногтями, нередко отпускают длинные волосы, делают себе прически. Девочки уделяют одежде мало внимания, любят ходить в брюках, мужских рубашках, бесформенных куртках. При первой возможности (например, на карнавале) и те, и другие с удовольствием «в шутку» переодеваются в одежду противоположного пола.

Мальчики охотно помогают матери готовить еду, стирать, свободное время проводят за вышиванием, вязанием, играют в куклы. Многие из них занимаются танцами, фигурным катанием, музыкой. У девочек отмечается так называемый *томбоизм* (англ. Тот — мужское имя; boy — мальчик), то есть мальчишеское поведение. Девочки предпочитают играть в войну с мальчишками, выбирают командные виды спорта или такие, которыми в основном занимаются мальчики (восточные единоборства, стрельба и т.п.).

Мальчик с нарушением сексуальной ориентации и транформацией полового поведения, как правило, послушен, не доставляет семье хлопот, однако часто вызывает неодобрение взрослых и даже тревогу. К девочкам-сорванцам относятся значительно лояльнее, некоторые родители ими даже гордятся. Нередко на приеме приходится слушать, как женщина, обратившаяся к психотерапевту по поводу дисгармонии супружеских отношений, с гордостью рассказывает о себе: «В детстве я была сорванцом, играла только с мальчишками, дралась...».

В период полового созревания, а иногда значительно раньше, подростки этой группы обнаруживают сексуальное влечение к лицам своего пола и неприятие гетеросексуальных контактов. В зависимости от интенсивности влечения, личностных особенностей, воспитания, микросоциальной среды дети поразному реагируют на открытие у себя желаний, противоречащих общепринятым морально-этическим нормам.

Некоторые юноши и девушки не драматизируют ситуацию. Кто-то пытается отвлечься от беспокоящих желаний, начинает усиленно учиться, заниматься спортом, кто-то не пытается бороться со своей особенностью, постепен-

но начинает приспосабливаться к ней. Они редко попадают в поле зрения подросткового психиатра.

Другие подростки испытывают чувства стыда, вины, страха, считают себя неполноценными. К тому же они испытывают растерянность и тревогу, так как не знают как жить дальше, а посоветоваться ни с родителями, ни со старшими товарищами, ни с близким другом не могут. На этом фоне может развиться депрессия. Справиться с ней иногда пытаются при помощи алкоголя, наркотиков. По данным Д. Д. Исаева (1996), у подростков 16-18 лет с нарушениями психосексуальной ориентации суициды встречаются в 5-7 раз чаще, чем у гетеросексуальных сверстников. Подобные больные довольно часто становятся пациентами подросткового психиатра. Умелый, тактичный расспрос может побудить пациента к откровенности, и он с облегчением расскажет о своих проблемах. Некоторые из них заявляют, что хотели бы поменять свой пол оперативным путем, но после рассказа врача, подкрепленного фотографиями, о ее калечащем характере и чисто косметическом, а отнюдь не физиологическом эффекте, подростки отказываются от этой мысли. Большую роль в улучшении состояния пациентов этой группы может сыграть семейная психотерапия.

В происхождении гомофильных тенденций у представителей этой группы играют определенную роль как биологические (антенатальные нарушения половой дифференцировки структур головного мозга, гормональные расстройства), так и психологические, социальные причины.

Вторичным гомосексуализмом страдают лица, у которых сбой программы формирования направленности влечения по полу объекта связан в основном с с психологическими проблемами и микросоциальными факторами. Разобраться в их многообразии помогает психоаналитичекий подход.

Д. Д. Исаев (1996) выделяет следующие предпосылки формирования у подростков вторичного гомосексуализма:

1) некоторые особенности характера;

2) задержка формирования эротических чувств и навыков общения с противоположным полом;

3) диффузный эротизм, то есть бурное дисгармоническое протекание полового созревания с выраженной гиперсексуальностью, готовностью к любым формам удовлетворения полового влечения;

4) личностная незрелость, недостаточная критичность, легкость вовлечения в нетрадиционные сексуальные действия.

К перечисленным факторам можно добавить дисгармоничные отношения в семье, особенно если мать в доме доминирует и имеет маскулинные черты характера, а отец пассивен и женственен. Ребенка можно отнести к группе риска по развитию нарушений психосексуальной ориентации, если один или оба родителя не довольны его полом (что, между прочим, отражает их собственные сексуальные проблемы), и он получает не соответствующее своему полу воспитание. В анамнезе многих девушек с гомофильными тенденциями есть указание на грубых, неласковых матерей.

Постепенное закрепление подростковых гомосексуальных контактов в однополой среде может происходить у конформных, тревожно-мнительных

личностей, неуверенных в своих сексуальных возможностях, опасающихся представителей противоположного пола. Способствовать этому может первый неудачный опыт полового акта. Для юношей-подростков он чаще всего связан со слабостью эрекции или ее отсутствием, насмешками партнерши. На девушку особое впечатление производит грубое, циничное, иногда унижающее обращение с ней ее первого мужчины. Насилие и совращение оказывают патологизирующее влияние на формирование психосексуальной ориентации лишь в том случае, если попадает на благоприятную почву, что подтверждается многочисленными клиническими примерами.

В последнее время все большее значение приобретает еще один фактор, способствующий закреплению транзиторных подростковых гомосексуальных тенденций. В некоторых кругах становится модным принадлежать к «сексуальному меньшинству», это может помочь обрести «нужных» знакомых, сделать карьеру.

Инцест — направленность полового влечения на близких родственников — очень сложное явление. C. Levi-Strauss (1958) считал, что социальная функция запрета на инцест заключается в том, чтобы помочь женщине вырваться из эмоционального заточения, дать ей возможность общаться с внешним миром и другими людьми. Запрет на инцест является морально-этической нормой во всех цивилизованных странах. И все же 3. Фрейд в 1887 г. был потрясен тем, что его больные имеют нередко кровосмесительные связи. Исследование частоты этого явления, по понятным причинам, провести чрезвычайно трудно. Широко распространено мнение, что осознаваемый инцест в виде полового акта между родителями и детьми встречается редко, а родители, сознательно вступающие в сексуальный контакт со своими детьми, люди психически нездоровые. Исследование В. В. Егорова показало, что каждое третье сексуальное насилие над девушками, начавшими половую жизнь до 13 лет, носило характер инцеста (цит. по В. Е. Кагану, 1991). Согласно данным Греческого института здоровья ребенка, каждая двадцать пятая девочка и каждый тридцать пятый мальчик являются жертвами инцеста, сопровождаемого насилием.

Инцест редко протекает с использованием физического насилия. Чаще все ограничивается только угрозами, психологическим давлением, уговорами и подарками. Однако сексуальные действия, предпринимаемые по отношению к малолетнему ребенку (до 9-11 лет), не понимающему сущности происходящего, считаются насилием. К семейным «сексуальным злоупотреблением» детьми (англ. child sexual abuse) относятся поцелуи, объятия, демонстрация собственных половых органов и побуждение к обнажению ребенка, показ ему порнографических фотографии, видеофильмов, собственно сексуальные контакты в любой форме. Большинство жертв инцеста тревожны, одиноки, у них могут развиваться различные по тяжести и течению реактивные состояния. Сохраняя тайну особых отношений с родителями, они годами находятся в хронической психотравмирующей ситуации, чреватой неврозами, нарушениями развития личности. Дети, ставшие жертвами явного инцеста, нуждаются в психотерапевтической, а иногда в психиатрической по-

мощи. Как правило, психотерапия требуется и членам их семей. В США, странах Западной Европы при выявлении случая инцеста детей либо забирают из дома и передают опекуну, либо вынуждают насильника покинуть дом, в котором проживает ребенок.

Согласно Уголовному кодексу Российской Федерации к уголовно наказуемым сексуальным злоупотреблениям относятся: изнасилование; иные насильственные действия сексуального характера; понуждение к действиям сексуального характера; половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим шестнадцатилетнего возраста; развратные действия; вовлечение несовершеннолетнего в занятие проституцией. Часто приходится подвергать потерпевших детей судебной психолого-психиатрической экспертизе, привлекать к участию в судебно-следственном процессе. Это требует обязательного активного участия детского психолога, психотерапевта, психиатра.

Значительно чаще в детском возрасте отмечаются элементы инцестуозных отношений братьев и сестер в процессе совместных сексуальных игр. Это обусловлено совместным проживанием, тесными контактами, а отнюдь не направленностью полового влечения именно на кровного родственника. Если эти игры не принимают сверхценного или навязчивого характера, консультация детского психолога и психиатра по этому поводу необязательна.

Еще чаще встречаются и нередко приводят к серьезным последствиям бессознательные сексуально окрашенные отношения между матерью и сыном или отцом и дочерью. F. Heritier (1979) видит суть этих отношений в символической попытке удержать ребенка в своем лоне, чтобы он никогда не стал взрослым и не умер.

Нередко причиной возникновения неосознанных инцестуозных отношений, бессознательного сексуального стимулирования детей родителями противоположного пола является сексуальная неудовлетворенность родителей. Это может встречаться в неполной семье, в которой одинокий родитель (чаще женщина) не в силах разрешить сексуальные проблемы, а также в семьях с дисгармонией супружеских отношений.

Нами отмечались следующие проявления скрытых неосознаваемых инцестуозных отношений:

1. Излишне подробные, не соответствующие запросам ребенка половое воспитание и просвещение (рассказы о строении половых органов, их функционировании, копуляции и пр.), приводящие к дидактогениям.

2. Одностороннее нарушение телесных границ ребенка: требование к нему не стыдиться наготы, порицание и даже наказания за это; мытье детей старше пяти лет родителями противоположного пола, их участие в инструктаже и проведении процедур личной гигиены; телесные наказания, особенно за проявления сексуальности.

3. Двухстороннее нарушение телесных границ включает все перечисленное во втором пункте, а также: провокационные действия родителей в виде обнажения перед ребенком противоположного пола, совместные купания, из-

лишне нежные ласки, объятия, поцелуи, борьба, совместное пребывание в одной постели в ночное время.

4. Специфически направленная ипохондричность родителей в отношении незначительных или вообще отсутствующих у детей противоположного пола заболеваний половых органов (постоянные расспросы по поводу уринации, осмотры, ощупывание половых органов, проведение «лечебных» мероприятий: ванночек, спринцеваний, обработка мазями и т.п.).

Подобные отношения с родителями могут вызывать у детей амбивалентные чувства: удовольствие сексуального характера, ощущение «значительности и обладания властью в семье» с одной стороны и «сексуальный дискомфорт, чувство вины» с другой [Gottlieb В., 1980]. Часто встречаются сочетания перечисленных проявлений скрытых инцесту озных отношений. Как правило, в качестве психологической защиты используется рационализация: свое поведение родители объясняют твердой уверенностью, что не воспринимают собственных детей, как представителей противоположного пола, и не верят в то, что могут представлять для своих детей сексуальный интерес.

Подобные отношения могут приводить к невротическим расстройствам, а также, как уже указывалось, к раннему появлению заинтересованности ребенка сексуальными вопросами, фиксации на них, к развитию у него нарушений психосексуальной ориентации.

б. Незрелые лица и животные. В этой группе мы рассматриваем половое влечение к лицам, не достигшим половой зрелости, а также к животным. Логичным представляется рассмотреть в этой группе также и влечение к пожилым людям:

— *педофилия* (греч. paidion — ребенок, philia — любовь) — сексуальное влечение к детям (в МКБ-10 под шифром F65.4);

— *эфебофилия* (греч. ephebos — юноша; philia — любовь) — объектом полового влечения являются подростки мужского пола (разновидность мужского гомосексуализма);

— *корофилия* (греч. коrе — девушка, philia — любовь) — сексуальное влечение к девочкам до 16 лет;

— *партенофилия* (греч. parthenos — девственница, philia — любовь) — избирательное половое влечение к девственницам (разновидность женского гомосексуализма);

— *героитофилия* (греч. gerontos — старик, philia — любовь) — объектом полового влечения являются люди пожилого возраста;

— *зоофилия* (греч. zoon — животное, philia — любовь) или скотоложество, бестиализм (лат. bestia — животное) — объектом полового влечения является какое-либо животное.

Истинные и ложные парафилии этой группы характерны для взрослых. Однако педиатр, детский психиатр, психолог должны иметь представления и о других формах, так как их пациенты могут стать жертвами растления или насилия со стороны взрослых, страдающих педофилией, корофилией, партенофилией. Для детского психиатра и психолога определенный интерес может представлять зоофилия.

Зоофилия как у детей, так и у взрослых носит заместительный характер. То есть человек получает удовлетворение полового влечения от сексуальных контактов с животными, так как не имеет возможности нормальной половой жизни.

У детей, лишенных общества сверстников, преходящие эпизоды полового возбуждения могут возникать при общении с любимыми домашними животными.

Подростки, проживающие в сельской местности, чаще имеют возможность наблюдать за половыми актами животных, что нередко побуждает их к сексуальным контактам с ними. По данным A. Kinsey, 40-50% американских юношей, проживавших в сельской местности, имели зоофилические контакты, причем в 17,2% случаев завершавшихся эякуляцией и оргазмом (1948). Подобные эпизоды в юности, как правило, не приводят к формированию стойкой зоофилии и не препятствуют в дальнейшем нормальной половой жизни.

II. Отклонения полового влечения, связанные с сексуальной целью и действиями по ее достижению.

а. Выход за анатомические границы и замещение сексуального объекта.

Выход за анатомические границы представлен в классификации 3. Фрейда орогенитальными контактами, анальным сексом и пр.

Для детских психиатров представляет интерес группа нарушений, связанных с замещением сексуального объекта. В нее включены:

— *фетишизм* (франц. fetiche — фетиш, идол) — объектом влечения, вызывающим сексуальное возбуждение и получение полового удовлетворения, является какой-нибудь предмет (в МКБ-10 под шифром F65.0);

— *трансвестизм* (лат. trans — приставка, в данном случае означающая нахождение за пределами чего-либо, vestio — одевать) или *травестизм* (франц. travestir — переодевать) — половое извращение, при котором половое возбуждение и удовлетворение достигаются при переодевании в одежду противоположного пола.

Фетишизм относится к заместительным перверсиям. У фетишистов выражены нарушения коммуникации, они боятся непосредственного общения с лицами противоположного пола. Поэтому они довольствуются обладанием символических предметов, которые, заменяя им предполагаемого партнера или реальный объект, вызывают сексуальное возбуждение.

Если у подростка или, тем более, взрослого человека наиболее значимым источником сексуальной стимуляции является фетиш и без него половое удовлетворение невозможно, если действия с фетишем приобретают ритуальный характер, можно думать о формировании истинной парафилии, проходящей в МКБ-10 под шифром F65.0.

Нередко встречающиеся у детей дошкольного возраста и старше сильные привязанности к определенным предметам связаны с получением ими удовольствия (плюшевые игрушки, предметы одежды, украшения любимых людей) и могут быть расценены как элементы фетишизма.

Транвестизизм может быть вариантом фетишизма. При этом символическими фетишами служат предметы одежды, которые для того, чтобы испытать половое возбуждение, необходимо надеть. При трансвестизме выражено нарушение полоролевого поведения. Довольно часто сочетается с гомофильными тенденциями. Шифр фетишистского трансвестизма по МКБ-10 — F65.1.

б. Нарушения полового влечения, связанные с остановкой, фиксацией на сексуальных целях, имеющих место на ранних этапах сексуального развития. К ним относятся:

— *вуайеризм* (франц. voyeurisme) или визионизм *скопофилия* (греч. skopeo — рассматривать, philia — любовь, склонность) — возникновение сексуального возбуждения и получение полового удовлетворения при подглядывании, позволяющем рассмотреть половые органы или созерцать половой акт, совершаемый другими лицами;

— *экзаудоризм* (exaudorism) — возникновение сексуального возбуждения и получение полового удовлетворения при подслушивании звуков, связанных с удовлетворением полового влечения других лиц;

— *фроттеризм* (франц. frottage — натирание) — половое возбуждение и удовлетворение достигается мужчиной путем трения полового члена о верхнюю одежду женщин в общественных местах;

— *эксгибиционизм* (лат. exhibeo — выставлять) — удовлетворение полового влечения путем обнажения половых органов в присутствии лиц противоположного пола;

— *мазохизм* (L. Sacher-Masoch — австрийский писатель, впервые описавший это нарушение) или *пассивная альголагиия* (греч. algos — боль, lagneia — сладострастие) — половое извращение, при котором для того, чтобы испытать удовлетворение во время полового акта, необходимо испытывать физическую боль или моральное унижение, причиняемое партнером;

— *садизм* (de Sad — французский писатель, впервые описавший это нарушение) или *активная альголагиия* (греч. algos — боль, lagneia — сладострастие) — половое извращение, при котором для того, чтобы испытать удовлетворение во время полового акта, необходимо доставить физическую боль или моральное унижение партнеру.

Вуайеризм как явление, а не как отклонение от нормы, широко распространен на ранних этапах психосексуального развития. Повышенная склонность к подглядыванию может быть проявлением преждевременного сексуального развития. Элементы вуайеризма встречаются у 25% дошкольников. Мальчики в возрасте с 7 до 11 лет стремятся подглядывать чаще (33%), а их сверстницы — реже (6,2%) Подростки значительно реже предпринимают какие-либо действия, позволяющие наблюдать обнаженных или половые отправления [Васильченко Г. С, 1998]. По-видимому, это связано с тем, что им становятся доступны порнографические печатные издания, видеофильмы.

Представляя собой нормальное явление на ранних стадиях психосексуального развития, визионизм может становиться отклонением от нормы в стар-

шем возрасте. Зафиксированное в раннем детстве сильное половое возбуждение, возникшее при виде обнаженного тела, интимной близости и т. п., побуждает подростка, в надежде снова испытать сладострастное чувство, дежурить на пляже у раздевалок, подсматривать в туалетах, подстерегать парочки влюбленных в парках вместо того, чтобы пытаться устанавливать контакты со сверстниками противоположного пола.

Вуайеризм, возникший на этапе формирования психосексуальных ориентации, может стойко заменить проявления нормального полового влечения и стать истинной парафилией. В МКБ-10 вуайеризм расматривается под шифром F65.3.

Экзаудоризм возникает в результате фиксации пережитых в детстве ситуаций, при которых ребенок слышит необычные звуки, связанные с интимной близостью. Чаще всего это бывает ночью при случайном пробуждении в неподходящий момент, во время полового акта родителей, находящихся неподалеку. Воспринимаемые ребенком шорохи, стоны, слова, фразы и иные звуки вызывают сексуальное возбуждение. При этом ребенок может испытывать помимо положительных эмоций, связанных с сексуальными ощущениями, чувство вины за то, что прикоснулся к тайне родителей. Последнее обостряет сексуальные впечатления, что может зафиксироваться. В следующий раз ребенок сознательно будет притворяться спящим, чтобы вновь испытать пережитое. Подслушивание, как правило, сопровождается актами мастурбации. Постоянно повторяющаяся подобная ситуация приводит к раннему пробуждению сексуальных интересов, появлению детской гиперсексуальности, напряженности отношений ребенка с родителями. Постоянное чувство вины способствует колебаниям настроения, повышенной тревожности, немотивированной агрессивности. При появлении такой симптоматики детский психиатр должен помнить о возможной ее связи с экзаудоризмом.

Явления экзаударизма обычно сходят на нет при в пубертатном периоде и редко развиваются в истинную парафилию.

Фроттеризм, вернее его элементы, нередко встречаются в сексуальном поведении детей и подростков. Тесные прикосновения в толпе к телам лиц противоположного пола, недоступных в иных ситуациях, половое возбуждение, испытываемое при этом, может быть очень притягательным для некоторых из них. Иногда фроттер, прижатый другими к женщине, имитирует движения, совершаемые во время полового акта, в тяжелых случаях даже обнажает возбужденный половой член. Невозможность незнакомке противостоять этим действиям, анонимность и собственная безнаказанность придают им садистический оттенок.

Как правило, при появлении возможности обычных сексуальных контактов необходимость в подобных действиях пропадает.

В качестве истинной парафилии у взрослых людей фроттеризм встречается крайне редко.

Эксгибиционизм также уходит своими корнями в пережитый в детстве опыт сексуального возбуждения. Оно возникает у ребенка в период поло-

вого созревания как реакция на смущение, испуг, агрессию со стороны лиц противоположного пола, случайно увидевших его половые органы, например, во время мочеиспускания. При этом он может пережить оргазм, наступающий сам по себе или с помощью мастурбации.

В некоторых случаях появляется желание повторно испытать подобные переживания, и это может закрепиться. Этому способствуют такие личностные особенности, как тревожность, неуверенность в себе, страх перед противоположным полом. Нарушения общепринятых норм поведения, риск быть пойманным придают ощущение силы и собственной значимости, что усиливает эмоции. Стремление к удовлетворению полового влечения таким путем может зафиксироваться и отмечаться у взрослых людей, приобретая импульсивный характер, возникая в периоды кризисов, эмоционального напряжения. В этом случае можно думать о развитии истинной парафилии.

По МКБ-10 различают *садистический тип экзгибиционизма* (F65.21), при котором удовлетворение доставляет испуг жертвы, и *мазохистический тип* (F65.22), при котором удовлетворение возможно только при агрессивной реакции жертвы.

Разновидностью эксгибиционизма часто с мазохистическим оттенком является *копрофемия* (греч. kopros — кал, phemi — говорить), при которой половое возбуждение, а нередко и удовлетворение возникают при произнесениии нецензурных слов в присутствии лиц противоположного пола. Широкое распространение ненормативной лексики в среде молодежи в настоящее время делает это нарушение неактуальным. Современным вариантом копрофемии, правда, лишенным «удовольствия» испытать риск, являются довольно распространенные в среде подростков непристойные анонимные телефонные звонки (так называемая *телефонная скатофилия)* или обращения по интернету. С. С. Либих (1994) считает разновидностью эксгибиционизма, часто встречающуюся в детском и подростковом возрасте, *эротографоманию* (греч. erotos — любовь, grapho — изображать, mania — влечение), проявляющуюся в стремлении писать неприличные выражения и рисовать половые органы на заборах, стенах, в туалетах.

Считается, что эксгибиционизм встречается только у представителей мужского пола. Этот не совсем так. Многие девочки, девушки, женщины испытывают потребность в получении сексуального возбуждения и удовольствия путем шокирования и возбуждения мужчин специальной демонстраций определенных частей тела. Подобные действия могут рассматриваться в качестве элементов парафилии, не достигающей характера истинной.

Садизм и *мазохизм* — расстройства полового влечения, дополняющие друг друга. Выражаются они в потребности причинять или испытывать физическую боль и (или) унижение с целью испытать сексуальное возбуждение и удовлетворить половое влечение. Нередко отмечается чередование или сочетание садистических и мазохистических склонностей у одного человека, в связи с чем они объединены в МКБ-10 под одним шифром — F65.5. Садомазохистские фантазии довольно распространенное явление, встречающееся примерно у 5-10% всех мужчин и женщин (В. Мастере, В. Джонсон).

Однако мало кто из них хотел бы пережить их в реальной жизни и имеет намерения предпринимать подобные попытки.

Садомазохистские тенденции отражают модели гиперролевого поведения, в связи с чем садистические склонности чаще имеют мужчины, а мазохистические — женщины.

Элементы садизма в виде повышенной агрессивности формируются в раннем возрасте у детей, испытывающих дефицит внимания, тепла, положительных эмоций, прежде всего, со стороны матери. Уже в 2-4 года такие дети радуются, если кто-то терпит неудачу, испытывает боль, с удовольствием стараются причинить боль окружающим. С возрастом стремления причинить боль, сказать гадость усиливаются, кроме того, им становятся доступны более изощренные издевательства. Они легко могут оговорить человека, соврать, нередко ставят в неловкое положение родителей. В сюжетах рисунков превалируют драки, пытки, убийства, похороны, войны, стихийные бедствия. То же можно сказать об играх, в которых они проявляют богатую, но весьма одностороннюю фантазию. Во время игр в качестве жертв нередко выступают живые насекомые, домашние животные, иногда даже младшие дети или более слабые сверстники. Вид их мучений, слез вызывает бурные положительные эмоции, сменяющиеся периодами тревожно-тоскливого настроения. Проявление агрессии и жестокости помогает таким детям какое-то время чувствовать себя сильными, уверенными в себе. Это понижает уровень тревоги и возвращает состояние относительного психологического комфорта. Постепенно формируются соответствующие условно-рефлекторные поведенческие реакции. В. Я. Гиндикин (1999) справедливо отметил, что агрессивно-садистические действия являются для таких детей своеобразным «лекарством от плохого настроения».

В препубертатном и пубертатном возрасте периоды субъективно тягостного настроения становятся порою мучительными, усугубляемыми упреками окружающих и призывами исправиться. Подростки используют испытанные приемы улучшения состояния, закрепляя тем самым агрессивно-садистические поведенческие стереотипы. У них приступообразно возникают насильственные желания оскорбить, ударить, убить, изнасиловать, противиться которым очень трудно. В таком состоянии больной может портить вещи, рвать одежду, мучить животных, проявлять агрессию к своим близким. После совершения какого-нибудь агрессивного акта, при виде страха, слез окружающих, происходит «разрядка» и больной успокаивается. Предаваясь мечтам и фантазиям садистического содержания, подростки все чаще включают в них сцены сексуального насилия, все больше хотят воплотить их в жизнь. В процессе такого сексуально-агрессивного фантазирования дисфоричный аффект сменяется эйфорией и может дойти да экзальтации, после чего наступает астения. Развитие полового влечения по такому сценарию приводит к формированию истинной садистической парафилии.

Развитию мазохистических склонностей способствует повышенное внимание к маленькому ребенку тревожной, жесткой, но любящей матери, нередко страдающей фобией утраты, гиперпротекция с ее стороны. Проявлением ма-

зохистических тенденций может быть парадоксальное удовлетворение, испытываемое ребенком при наказании, особенно телесном. Нередко такие дети специально совершают проступки, чтобы спровоцировать наказание. В играх они, как правило, стараются занять подчиненное положение, нередко своим нарочитым поведением вызывают насмешки и даже побои сверстников. В подростковом возрасте у них отмечается повышенный интерес к теме болезни, мучений. Одна наша пациентка 13 лет писала «роман моей смерти». Подростки с подобными склонностями и истероидными чертами склонны к демонстративным суицидам, сопровождающимся самоповреждением (обычно это многократные порезы предплечий). В своих сексуальных фантазиях подростки видят себя жертвой насильников. Сюжеты этих фантазий могут использоваться при самооговорах.

Формирование садомазохистских установок нередко отражает психопатологическую почву, на которой они развиваются.

Садистские тенденции отмечаются при шизоидной, возбудимой, эпилептоидной психопатии, при шизофрении, при органических поражениях головного мозга. Мазохисткие проявления характерны для личностей с психастеническими, сенситивными, неустойчивыми, истероидными и также шизоидными чертами, при выраженных астенических состояниях.

Принципы профилактики расстройств полового влечения у детей и подростков

Поскольку нарушения полового влечения играют очень большую роль в происхождении разнообразной психопатологической симптоматики, детскому, подростковому психиатру и психологу очень важно знать принципы, на которых должна строиться работа по половому воспитанию.

Отсутствие системы полового воспитания в стране, переживающей либерализацию сексуальной морали, приводит к негативным последствиям. Необходимо создание новых программ, учитывающих особенности культурных традиций, современного социально-экономического положения. Программы могут быть разнообразными, но они должны проходить строгий отбор и лицензироваться. Критериями оценки программ должны быть принципы демократической сексуальной морали, давно сформулированные [Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1986], но, к сожалению, не востребованные. Руководствуясь ими, к программам школьного полового воспитания должны предъявляться следующие требования.

1. Программа, внедряемая в школе, должна быть представлена всему преподавательскому коллективу. Это позволит повысить знания педагогов в этой области, будет способствовать лучшему пониманию ими проблем учеников, улучшению коммуникации. С другой стороны, в программу могут быть внесены изменения, учитывающие мнения учителей, особенности школы.

2. Далее необходимо провести беседу с родителями класса, на которой им будет рассказано о тех проблемах, которые приходится решать детям в период полового созревания, о целях и задачах предстоящих занятий с детьми, о форме их проведения и предполагаемом объеме информации. Только ро-

дители вправе решать, нужны ли такие занятия их ребенку или нет. Им должна быть предоставлена возможность получения индивидуальной или семейной консультации.

Выполнение этих двух пунктов обеспечит преемственность полового воспитания, предотвратит возникновение конфликтов.

3. Программа должна строиться таким образом, чтобы вначале речь шла об общих проблемах формирования личности, взаимоотношений людей. Только установив доверительный контакт с ребятами, можно переходить к обсуждению особенностей полоролевого поведения, взаимоотношений мужчин и женщин. Занятия с мальчиками и девочками нужно проводить раздельно.

4. Сведения об анатомо-физиологических особенностях мужского и женского организма, репродуктивной функции должны излагаться доступно и довольно скупо. Акцент следует делать на том, что волнует очень многих подростков и о чем они стесняются спросить. Часто это касается сроков появления тех или иных вторичных половых признаков. Детям необходимо знать, что рамки нормы довольно широки. Рекомендация лаконичности предоставляемых сведений объясняется опасностью того, что информация будет превышать запрос, а это может привести к нарушению принципа «невозбуждения сексуального влечения».

5. Необходимо, чтобы информация соответствовала запросу, была адресной. Можно предложить детям еще до проведения занятия подготовить записки с анонимными вопросами, касающимися половой проблематики. Ответы на вопросы должны быть откровенными, полными, но не пространными, не выходящими за рамки контекста. Эти записки дают ценные сведения об уровне информации, которым владеют дети, об их типичных заблуждениях и проблемах, что помогает корректировать программы.

6. Результаты занятий должны быть обсуждены с учителями.

Наиболее подходящим для проведения занятий по половому воспитанию в школе, по-видимому, является школьный психолог. Целесообразно подготовить специальные программы обучения школьных психологов методике проведения занятий по половому воспитанию. Для повышения профессиональных качеств психологов можно использовать различные формы супервизии. Широкое внедрение в школах грамотных программ полового воспитания будет способствовать оздоровлению подростков.

Как отсутствие полового воспитания, так и неправильное проведение его могут нанести серьезный вред психическому здоровью ребенка.

Пищевое влечение

Развитие пищевого влечения

На ранних этапах развития ребенка пищевое влечение тесно переплетено с влечением самосохранения. Гарантией их удовлетворения является мать. Именно она кормит ребенка собственным молоком. Ее отношение к младенцу способствует преодолению им последствий психотравмы, связанной с рож-

дением. Оказавшись в большом мире, ребенок обнаруживает свою неспособность обеспечить себя едой, теплом, полную беспомощность. Уже на ранних этапах развития неудовлетворенное пищевое влечение стимулирует младенца подавать матери сигналы о том, что он голоден. При этом его благополучие целиком зависит от того, насколько он будет понят. Внимательная, ласковая, спокойная мать понимает своего ребенка, своевременно и в достаточном количестве предоставляет ему питание.

Психоаналитиками отмечено, что пищевое влечение уже у младенцев может включать в себя агрессивные элементы. Проявляя агрессию, ребенок ощущает себя сильным, что помогает справляться с базальной тревогой, удовлетворять в некоторой степени влечение самосохранения.

С возрастом у детей появляется избирательность в еде, вкусовые предпочтения. Процесс приема пищи становится все более социализированным. Ребенок обучается самостоятельно есть, соблюдать во время приема пищи определенные правила. Удовлетворение пищевого влечения ребенка используется родителями в качестве его поощрения. Лишение вкусного может применяться в качестве наказания. Прием гостей, проведение праздников непременно сопровождаются угощением. Взрослея, дети вырабатывают способность управлять своим пищевым влечением, сдерживать его, могут поделиться вкусной едой с близкими, друзьями, получая от этого удовольствие.

Расстройства пищевого влечения

К нарушениям пищевого влечения относят следующие количественные расстройства:

— *гипорексия* (греч. hyporexia: hypo — приставка, означающая уменьшение; orexis — аппетит) — понижение аппетита;

— *анорексия* (греч. anorexia: а — частица отрицания, orexis — аппетит) — отсутствие аппетита;

— *гиперорексия* (греч. hyperorexia: hyper — приставка, означающая усиление, orexis — аппетит)

Качественное расстройство пищевого влечения — *цизорексия* (греч. dysorexia: dys — приставка, означающая отклонение, orexis — аппетит).

Нарушения представлены на схеме 7.

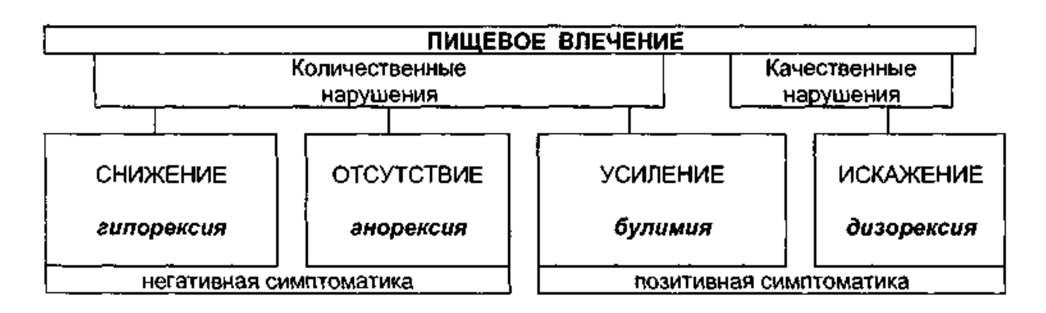


Схема 7. Расстройства пищевого влечения.

Количественные расстройства пищевого влечения

К количественным нарушениям пищевого влечения относятся его понижение *(гипорексия),* отсутствие *(анорексия)* и усиление *(гиперорексия).*

Снижение пищевого влечения. *Гипорексия* — частый симптом, встречающийся как при соматических, так и при нервно-психических расстройствах у детей и подростков. Жалоба на понижение аппетита — одна из наиболее часто предъявляемых родителями при обращении к детскому врачу. Она может быть связана как с «гипердиагностикой», то есть неверной оценкой тревожными родителями пищевого поведения ребенка, аппетит которого не нарушен, так и отражать имеющиеся у него соматические или нервно-психические расстройства.

В младенческом возрасте, помимо наличия соматической патологии, к гипорексии может приводить нарушение взаимодействия между матерью и ребенком (возможно, связанное с ее состоянием). Неправильное поведение негибкой, тревожной матери, не ориентирующейся на желания младенца, когда и сколько есть, а скрупулезно выполняющей режим кормления, приводит к снижению настроения ребенка и постепенному развитию гипорексии. Часто эти нечуткие матери отличаются тем, что не понимают сигналов, которыми ребенок пытается сообщить ей о своем голоде [Анисимова Т. И., Кощавцев А. Г., Микиртумов Б. Е., 1996].

Снижение аппетита может быть одним из ранних проявлений синдрома Каннера, невропатии.

У детей дошкольного возраста и младшего школьного возраста различают тотальную и элективную гипорексию.

При *элективной гипорексии* аппетит ребенка снижен только в отношении какой-то определенной группы пищевых продуктов, при *тотальной гипорексии* снижение пищевого влечения не зависит от характера еды.

Причины отказов от еды у дошкольников и младших школьников разнообразны. В дошкольном и младшем школьном возрасте гипорексия является частым симптомом депрессии, возникающей, например, при разлуке с матерью. Гипорексия также может развиться в случае ожога во время принятия пищи, при пищевом отравлении. В результате у ребенка появляется стойкое опасение приема пищи. При постоянных попытках насильственного кормления ребенка не тогда, когда он хочет, и не тем, что ему нравится, а «по часам» и «полезным», он может давать протестные реакции в виде капризов, отказов от еды, привычных рвот. Неправильное поведение родителей, часами уговаривающих ребенка поесть, сулящих подарки, угрожающих ему, способствует фиксации этих реакций.

Обычно гипорексия сопровождается пониженным настроением, нарушениями поведения, иногда болями в животе (не связанными с соматической патологией), тошнотой и рвотой. Во всех этих случаях вначале голод сохраняется, но позднее происходит подавление пищевого влечения и развитие гипорексии.

В подростковом возрасте гипорексия может отмечаться у токсикоманов и наркоманов, в начальной стадии нервной анорексии, о которой речь пойдет далее.

Анорексия — выраженная гипорексия переходит в анорексию, представляющую собой полную утрату аппетита.

Различают первичную и вторичную анорексию.

Первичная анорексия возникает при гипоталамической недостаточности, вызванной органическими заболеваниями головного мозга различного генеза (в результате травм, нейроинфекций, опухолевого процесса), а также при эндокринопатиях (гипофизарная кахексия, аддисонова болезнь). К первичной анорексии относят также отказы от еды, отмечающиеся при депрессивных состояниях, шизофрении, синдроме Каннера.

Вторичная анорексия характерна для некоторых невротических состояний. Психогенная утрата аппетита представлена в МКБ-10 шифром F50.8.

Анорексия может развиться в результате длительного голодания с целью похудания.

В раннем возрасте встречается *нервная анорексия младенцев*. При этом они прекращают есть, хотя соматических причин, приводящих к этому не отмечается. Если их пытаются накормить, малыши не открывают рот, отворачивают голову в сторону, плачут. Иногда, сделав несколько глотков, они перестают сосать и начинают срыгивать то, что съели. Эти нарушения представлены в МКБ-10 под шифром F98.2.

Также различают нервную анорексию и психическую анорексию.

Нервная анорексия возникает, как правило, у девочек в пубертатном или препубертатном возрасте, имеющих сверхценные или даже бредовые идеи по поводу своего избыточного веса. С целью похудеть, они постепенно уменьшают свой суточный рацион, изнуряют себя физическими упражнениями. Пока аппетит не утрачен, говорят об *аиоректическом поведении*. Впоследствии он утрачивается, что знаменует появление истинной анорексии. Настроение при этом может быть даже приподнятым. Продолжение при этом снижения приема пищи приводит больных к кахексии и может закончиться летально. В МКБ-10 нервная анорексия имеет шифр F50.0.

Психическая анорексия проявляется в резком снижении или утрате чувства голода, обусловленными психотическими расстройствами (бред, кататония, депрессия). Ее следует дифференцировать с отказом от еды психически больных, сохраняющих чувство голода, но опасающихся принимать пищу по бредовым мотивам (например, при бреде отравления, самоуничижения) или с суицидальной целью.

Повышение пищевого влечения. *Гиперорексия* имеет синонимы: *кинорексия* (греч. kynorexia: kynos — собака, orexis — аппетит), *полифагия* (греч. polyphagia: polys — многий, phagein — поедать) или *булимия* (греч. bulimia: bus — бык, limos — голод) — усиление пищевого влечения. Наиболее часто употребляется термин «булимия».

Булимия у маленьких детей, как правило, отмечается при диэнцефальных нарушениях, связанных с органическим поражением головного мозга. При этом она нередко сочетается с выраженными вегетативными нарушениями. Встречается булимия и при некоторых формах олигофрении.

У некоторых детей булимия развивается в связи с особым сверхценным отношением к еде в семье. Тревожные матери и бабушки стимулируют его переедание, которое становится привычкой. Избыточный вес-влияет на самочувствие ребенка, его подвижность, состояние сердечно-сосудистой системы, обменные процессы. В среде сверстников такие дети нередко подвергаются насмешкам, что развивает чувство неуверенности в себе, ощущение собственной неполноценности, тревогу. Утешение ребенок находит в употреблении лакомств. Его попытки удержаться от еды безуспешны. Это усугубляет угнетенное состояние. Разорвать такой «порочный круг» бывает очень непросто. Таким образом, дети с избыточным весом могут долгое время находиться в хронической психотравмирующей ситуации.

С возрастом, когда для ребенка особо значимыми становятся отношения к нему сверстников противоположного пола, переживания по поводу избыточного веса усиливаются. Подросток пытается бороться с ним. Иногда именно с этой целью мальчики и девочки начинают курить.

Булимия, связанная с дисморфоманией, может существовать как самостоятельно, так и являться стадией нервной анорексии. В МКБ-10 нервная булимия кодирована шифром F50.2.

Нередко булимия является реакций на дистресс, связанный, например, с утратой близкого человека, работы. Эти случаи в МКБ-10 предусмотрены и кодируются шифром F50.4. Булимия нередко может быть симптомом депрессивного синдрома.

Булимия может быть одним из признаков употребления подростком марихуаны. Когда наркотическое опьянение подходит к концу, подросток, как правило, испытывает такой сильный голод, что должен удовлетворить его немедленно, не взирая ни на какие помехи. В этот момент ему все равно, что есть. Он не обращает внимания на качество пищи, его интересует только количество. Насытившись, он, как правило, засыпает.

Отмечено, что неудовлетворенность одного влечения может компенсироваться усилением другого. У некоторых взрослых людей, не имеющих возможности по разным, чаще психологическим причинам, удовлетворить половое влечение, усиливается пищевое влечение, иногда достигающее степени булимии.

Качественные расстройства пищевого влечения

Дизорексия или *пароpексия* (греч. parorexia: para — приставка, указывающая на отклонение; orexis — аппетит) выражается в стойком стремлении детей употреблять в пищу наряду с обычными продуктами несъедобного, симптомом пика (лат. pica — сорока), то есть симптомом извращенного аппетита (не путать с болезнью A. Pick!). Если этот симптом выступает в качестве относительно изолированного психопатологического проявления, то в МКБ-10 он значится под шифром F98.3. Чаще он встречается наряду с другими психопатологическими симптомами при аутизме, шизофрении, олигофрении, некоторых формах патохарактерологического развития.

При оценке наличия дизорексии следует помнить о различном диапазоне пищевой приемлемости в разных культурах. Употребление какого-то определенного вида продуктов в одной стране не выходит за границы нормы, в то

время как в другой будет являться необычным. В связи с этим при решении вопроса о норме пищевого поведения необходимо учитывать воспитанные с детства привычки к определенным продуктам.

Также нельзя считать дизорексией использование в качестве пищи несъедобного, связанное с неверными представлениями определенных групп населения о «полезности» этого для здоровья. Например, довольно широкое распространение получила так называемая «уринотерапия», согласно рекомендациям которой больные пьют свою мочу. В отличие от настоящего времени лет тридцать тому назад такое пищевое поведение, безусловно, можно было бы отнести к дизоректическому, или вернее к *парадипсическому* (греч. рага — приставка,указывающая на отклонение; dipsa — жажда). При этом придумываемые иногда больными шизофренией нелепые методы лечения путем поедания несъедобного, якобы связанные с лечением, не имеющие прецедентов, являются проявлениями дизорексии.

У детей младшего возраста элементы дизорексии могут появиться на втором году жизни. Желание детей все тащить в рот, «попробовать на зуб», является проявлением любознательности и поисковой активности. О дизорексии следует говорить лишь тогда, когда ребенок знает о несъедобности употребляемого им в пищу, однако продолжает попытки делать это, несмотря на доступность нормальных пищевых продуктов. О наличии симптома пика говорят только тогда, когда случаи поедания несъедобного отмечаются не реже одного раза в месяц. При этом дети едят вату, ткани, бумагу и пр. Дети старшего возраста с этим нарушением разнообразят свое «меню» землей, волосами, травой, насекомыми, мелкими веточками, листьями и тому подобным. Часто это отмечается при выраженной задержке общего психического развития. У детей с тяжелыми расстройствами интеллекта, у больных шизофренией встречается копрофагия (греч.коргоэ — кал, phagien — есть), то есть стремление к поеданию кала. Дизорексия, по понятным причинам, нередко осложняется кишечными инфекционными заболеваниями, глистными инвазиями, непроходимостью кишечника (при поедании волос), интоксикациями, связанными с отравлением химическими веществами.

Часто встречающееся, несмотря на запреты и наказания, стремление детей есть сладкую с приятным запахом зубную пасту нельзя считать проявлением дизорексии, если при этом желаний к поеданию других несъедобных предметов у ребенка нет.

У взрослых людей дизоректические симптомы отмечаются при тех же заболеваниях, что у детей и подростков, а также элементы дизорексии наблюдаются у беременных женщин.

Влечение самосохранения

Развитие влечения самосохранения

Влечение самосохранения, основой которого является оборонительный инстинкт, необходим ребенку для выживания с самых ранних этапов его развития. Гарантией его безопасности в страшном, огромном и незнакомом мире,

в который он попал, является мать. Именно она реагирует на все изменения окружающей среды и способствует приспособлению к ним ребенка. Именно она чувствует появление малейшего дискомфорта, понимает значение примитивных сигналов, которыми младенец пытается о нем сообщить, и возвращает состояние комфорта.

Судить о напряженности влечения самосохранения, степени его удовлетворенности или неудовлетворенности, появлению расстройств влечения можно по эмоциям ребенка и его поведенческим реакциям.

С возрастом эти проявления становятся все более и более дифференцированными. Расширение общения, опыта, самостоятельности увеличивает возможность возникновения ситуаций, угрожающих жизни, и вырабатываются связанные с ними новые поведенческие защитные реакции.

Примерно с 5-6 лет ребенок начинает задумываться о смерти, причем не только своей, но и родственников. Многие дети не могут принять неизбежность смерти. Некоторые охотно принимают религиозные идеи о бессмертии души, другие создают свои инфантильные гипотезы относительно жизни после смерти. В подростковом возрасте мысли о конечности существования снова становятся актуальными.

Расстройства влечения самосохранения (см. схему 8)

Количественные расстройства влечения самосохранения

Понижение влечения самосохранения также может быть обнаружено в младшем возрасте снижением естественного уровня тревоги, равнодушием к опасностям, неспособностью выработать защитные реакции. Например, это может проявляться ослаблением оборонительного рефлекса в виде отсутствия защитных реакций при неожиданном замахивании на ребенка.

Важным признаком снижения влечения самосохранения является аутоагрессия (греч. autos — сам, лат. aggressio — нападение) — стремление совершать действия, причиняющие себе вред. Проявления аутоагресии отличаются разнообразием аутодеструктивных действий: от самоуничижения и самообвинения до нанесения себе повреждений, причинения боли, и, в крайних случаях, суицидных (лат. sui — себя; caedo — убивать) действий — стремления покончить с собой [Гиндикин В. Я., Каган В. Е., 1999]. Однако, что



Схема 8. Расстройства влечения самосохранения.

касается суицида, важно помнить замечание В. В. Ковалева о том, что только суицидная попытка, не связанная с осознанной мотивированной аутоагрессией, обусловлена нарушением влечения самосохранения (1985).

Аутоагрессивные действия могут носить характер невротических или неврозоподобных ритуалов. К ним относятся:

— онихофагия (греч. onyx — ноготь; mania — влечение) — грызение ногтей;

— аутодепиляция (греч. autos — сам; лат. depilare — удалять волосы) или трихотилломаниия (греч. tryx — волос; tyllo — выдергивать; mania — влечение) — покручивание, подергивание, а в тяжелых случаях и выдергивание волос;

— обдирание заусениц, расцарапывание и расчесывание кожи;

— покусывания губ;

— легкие и не очень удары, наносимые себе, и тому подобные действия.

В качестве одного из механизмов их возникновения можно предположить, что таким образом тревожный ребенок, чувствуя, что не соответствует ожиданиям родителей, как бы символически наказывает себя в надежде, что не получит еще большего наказания. Подобные навязчивые ритуалы встречаются у больных неврозом, при органических поражениях центральной нервной системы, при шизофрении. В последнем случае ритуалы весьма необычны, больные часто вовлекают в них других людей и требуют от них точного выполнения ритуальных действий.

У детей с грубыми поражениями головного мозга и выраженным слабоумием аутоагрессивные действия могут быть весьма брутальны. Так, больные с синдромом Lesh-Nyhan часто так сильно обкусывают себе губы, пальцы, что повреждения могут носить характер аутомутиляции (греч. autos — сам; лат. mutilatio — укорочение). Однако даже при глубокой умственной отсталости иногда представляется возможным проанализировать и понять, что спровоцировало больного на аутоагрессивные действия. В качестве примера можно привести следующий клинический случай.

Пример. В психиатрической больнице с целью консультации нам была представлена девушка 16 лет Саша Б. с синдромом Корнелии де Ланге. В литературе есть указания на то, что у многих больных с этим редким заболеванием отмечается снижение интеллекта, нередко отмечается стремление к аутоагрессии. Не была исключением и эта девушка. Интеллект у нее был снижен до степени глубокой дебильности.

К моменту консультации она уже больше года находилась в психиатрической больнице, причем часто ей приходилось связывать руки или давать нейролептики. Эти меры были необходимы, так как у девушки была выражена аутоагрессивность. При поступлении в больницу на ее лбу была рана, которую она нанесла себе сама ногтями и постоянно расцарапывала ее до крови. Терапия аминазином, которую она получала, была мало эффективной.

Разговаривая с матерью, очень заботливой интеллигентной женщиной, я выяснил, что у Саши есть старший брат-студент, который всегда прекрасно учился. До 15 лет у Саши явлений аутоагрессии не наблюдалось. Иногда она была упряма, но, как правило, с ней удавалось договориться. Саша полностью об-

служивала себя, научилась мыть посуду, подметать пол. Иногда ее даже отправляли за хлебом в находящуюся в их доме булочную, где ее знали продавцы.

После наводящих вопросов, матери удалось вспомнить, в какой ситуации впервые Саша проявила аутоагрессию. Когда девушке исполнилось 15 лет, мать решила научить ее читать и писать. Упорные занятия в течение полутора месяцев дали результат: Саша стала узнавать буквы «А», «Б» и «М», пыталась воспроизводить их на бумаге. Проходили занятия бурно. Бывали и слезы, и уговоры, и обещания конфет за красивую букву, и даже угрозы. Вспоминая это время, мать задним числом отметила, что у Саши тогда нарушился сон, она стала более раздражительной и упрямой. Впервые взрыв агрессии произошел во время одного из ежедневных занятий. Саша, после очередной неудачной попытки написать букву, неожиданно вскочила, подбежала к брату и ударила его по лицу. После этого она, рыдая, подошла к зеркалу и стала сильно расцарапывать свое лицо. Успокоить ее удалось с трудом. В последующие дни занятия продолжались, а вспышки гнева и агрессии, направленной в основном на себя, становились у Саши все сильнее. Наконец, однажды родные не смогли справиться с ней и вызвали бригаду специализированной психиатрической «Скорой помощи». Так она попала в больницу.

Вся семья очень переживала за Сашу. Заботливая мать, договорившись с заведующей отделением, ежедневно приходила кормить дочку домашним обедом, после чего продолжала учить ее грамоте. Состояние больной было расценено как депрессивное, и ей были назначены соответствующие препараты. Мать прислушалась к нашим рекомендациям и прекратила занятия с дочерью. Через три недели Саша была выписана домой с зажившим лбом, приступы аутоагрессии возникали все реже и скоро прекратились. Через год состояние девушки было удовлетворительным.

В приведенном случае аутоагрессия, которую больная проявляла, явно связана с повышенным уровнем притязаний к ней матери и недовольством, которая та выражала успехами больной. Импульсивность агрессивных действий больной и их брутальность являются типичными качествами, указывающими на органическое поражение головного мозга.

Нередко в аутоагресивном поведении больных можно отметить элементы мазохизма.

О крайнем влечении самосохранения или даже его отсутствии, по-видимому, можно говорить в очень редких случаях при возникновении у больных шизофренией стойкой немотивированной суицидомании, не связанной даже с бредовыми переживаниями.

Повышение влечения самосохранения выражается в увеличении уровня тревоги без достаточного для этого повода и возникновению связанных с этим соответствующих поведенческих реакций. При этом дети постоянно излишне настороженны и готовы к быстрым, а иногда паническим реакциям при малейшем появлении в окружающей среде чего-то незнакомого или непонятного или при непредвиденном изменении ситуации. С раннего возраста отмечается это у аутистов, встречается при невропатиях.

В подростковом возрасте поведенческие реакции, отражающие повышение влечения самосохранения, могут чередоваться с проявлениями его сни-

жения в зависимости от ситуации. Безрассудно и неоправданно подростки готовы рисковать своей жизнью, чтобы показать сверстникам свою удаль и доказать бесстрашие. Они могут ездить на предельной скорости на мотоцикле, вступать в кровавые драки, демонстративно резать себе вены и т.п. Те же самые подростки при этом могут страшно бояться уколов, категорически отказываться идти к зубному врачу, переживать и плакать по поводу порезанного пальца.

Одним из важных показателей повышенного влечения самосохранения является сочетание пониженной критичности к себе и гетероагрессии (греч. heteros — другой, лат. aggressio — нападение), то есть стремления к нападению на окружающих, к разрушительным действиям. 3. Фрейд рассматривал гетероагрессию в качестве проявления гипотетического инстинкта смерти танатоса (греч. thanatos — смерть). A. Adler считал, что она отражает стремление к власти, желание контролировать других, и, в конечном итоге, устранять возможные опасности, сохранять свой гомеостаз (греч. homeios — сходный; statis — неподвижность). Представители теории социального научения видят в гетероагрессии проявления поведенческих реакций, усвоенных путем наблюдения и имитации, а затем закрепленных [Dollard J., 1939; A. Bandura, 1959].

Проявлениями неосознаваемой гетероагрессии являются некоторые навязчивые ритуалы, встречающиеся при неврозе навязчивых движений, при неврозоподобных нарушениях. К ним относятся сплевывания, оскаливание зубов, отмахивания рукой и т.п. Одной из крайних форм гетероагрессии является гомицидомания (лат. homicida — убийца; греч. mania — влечение) — стремление убивать.

В детском возрасте гетероагрессия может возникнуть очень рано, и направлена она, как правило, на мать. R. A. Spitz считал, что такие проявления влечения носят «архаичный» характер и представляют собой «феномены разрядки» (1957). У дошкольников гетероагрессия может проявляться как напрямую (стремления ударить, укусить, испортить вещь), так и негативизмом, упрямством, протестными реакциями.

В школьном возрасте гетероагрессия отражается в нарочитой недисциплинированности, недоброжелательности к окружающим, в повышенной конфликтности, провоцировании драк. Как правило, гетероагрессивность сочетается с садистическими тенденциями.

У подростков с повышенным влечением самосохранения высокая тревожность, некритичность к собственным поступкам и гетероагрессивность часто приводят к делинквентности (лат. delinquentia — проступок), то есть к правонарушениям, не влекущим за собой судебного разбирательства, а в тяжелых случаях и к уголовно наказуемым преступлениям.

Повышенное влечение самосохранения проявляется в клинической картине у детей и подростков с формирующимися конституциональными и органическими психопатиями, а также при патохарактерологических формированиях личности по аффективно-возбудимому, эпилептоидному, неустойчивому, истероидному, гипертимному типам [Ковалев В. В., 1985].

Импульсивность и брутальность гетероагрессивных действий, возникающих на фоне дисфорического аффекта, иногда с сужением сознания, являются типичными для органического поражения головного мозга, эпилепсии.

Вычурность, немотивированность гетероагрессивных действий встречается при шизофрении.

В качестве бессознательного аутоагрессивного поведения, связанного со снижением влечения самосохранения, следует рассматривать и саморазрушающее поведение, включающее в себя и аддиктивное (англ. addiction — привычка, пристрастие), связанное со злоупотреблением химическими веществами и формированием химической зависимости.

Влечение к получению впечатлений (сенсорная жажда)

Развитие влечения к получению впечатлений

Получение впечатлений является жизненно важным для человека с младенческого возраста. Доказано, что без постоянного поступления сенсорных стимулов невозможно нормальное функционирование коры больших полушарий головного мозга и подкорковых образований, обеспечивающее постоянный процесс оценки и переоценки окружающих объектов, явлений. Недостаточное поступление стимулов извне нарушает этот процесс. В результате у человека возникают затруднения с формированием моделей и стратегических форм реагирования, а значит и контакта со средой обитания.

Для младенца основным источником сенсорной стимуляции является его мать. Лишение общения с ней приводит малыша в состояние своеобразной летаргии [R. A. Spitz, 1945].

Чем старше становится ребенок, тем больше стимулов необходимо, чтобы удовлетворить его сенсорную жажду. Впрочем, чрезмерный поток раздражителей и информации, недоступной пониманию ребенка, остается невостребованным и не удовлетворяет влечение к получению впечатлений. Полученные впечатления расширяют диапазон восприятия и делают возможным получение новых, ранее не воспринимаемых. Удовлетворение влечения к получению впечатлений, таким образом, является необходимым условием интеллектуально-мнестического развития ребенка. Маленький ребенок удовлетворяет сенсорную жажду примитивными стимулами. Взрослея, ребенок приобретает способность и желание удовлетворять влечение к получению впечатлений в процессе игр, конструирования, наблюдения за явлениями природы, участвуя в спортивных состязаниях или наблюдая за ними, с помощью произведений искусства. Способность удовлетворять сенсорную жажду примитивными раздражителями может свидетельствовать о задержке психического развития, а отсутствие интереса ребенка к получению впечатлений — о его психическом нездоровье.

Для подросткового возраста характерно не только физиологическое повышение сексуального влечения, но и усиление сенсорной жажды. Именно

этим объясняется их любовь к боевикам, триллерам, стремление к ситуациям, вызывающим острые ощущения, к переживанию настоящей сенсорной бури в виде сверхгромкой музыки, ярких световых эффектов и т. п. Именно неудовлетворенная сенсорная жажда нередко является одной из основных причин раннего начала половой жизни, приобщения подростков к алкоголю, наркотикам.

Расстройства влечения к получению впечатлений

Расстройства влечения к получению впечатлений представлены на схеме 9. У детей и подростков, не имеющих отклонений в психическом развитии, разница в интенсивности потока впечатлений, который им необходим для удовлетворения сенсорной жажды, а также в качестве этих нужных впечатлений, очень велика. В связи с этим границы между нормальными проявлениями влечения к получению впечатлений и отклонениями от нормы очень размыты. Критерием выделения отклонения влечения к получению впечатлений от нормы является появление нарушений адаптации, связанной со снижением, отсутствием или, наоборот, чрезмерной сенсорной жаждой. Эти нарушения составляют группу количественных нарушений. Необычные формы удовлетворения сенсорной жажды представлены в группе качественных расстройств влечения к получению впечатлений.

Количественные расстройства влечения к получению впечатлений

Потребность получения впечатлений, как уже говорилась, достаточно выражена с самого рождения ребенка. От того, как его воспитывают, сколько времени и как с ним общаются, зависит, какого качества, в какой форме и в каком количестве впечатлениями он научится удовлетворять свою сенсорную жажду. Аналогии с пищевым влечением здесь прямые. Можно воспитать ребенка «вегетарианцем». Можно «перекармливать» его впечатлениями и вызвать протестные реакции. Можно не обращать на него внимания, тогда он будет перебиваться тем, что удастся найти самому. Причинами количественных нарушений влечения к получению впечатлений могут быть как врожденные (прежде всего, органические поражения головного мозга), так и приоб-



Схема 9. Расстройства влечения к получению впечатлений.

ретенные, связанные с неправильным воспитанием и особенностями микросоциальной среды. Чаще всего отмечаются и те, и другие одновременно.

Понижение влечения к получению впечатлений. Пониженная сенсорная жажда может быть обусловлена выраженным с рождения высоким уровнем «базальной тревоги». При этом исследовательская деятельность подавляется, сенсорные каналы перекрываются. Проявляется это пониженным интересом ребенка к окружающему, страхом, возникающим при изменении обстановки, появлении новых лиц, предметов. Такой ребенок вырабатывает установку на максимальную изоляцию, используя для адаптации стереотипные поведенческие реакции. Это отмечается, например, при раннем детском аутизме.

Недоразвитие высших психических функций у детей с органическими поражениями головного мозга приводит к плохой ориентации в окружающей среде и в результате к снижению интереса к ее исследованию. В дальнейшем такой ребенок стремится к одним и тем же игрушкам и к стереотипным играм. Потеря интереса к окружающему, то есть снижение сенсорной жажды является одним из первых симптомов шизофрении.

Отказ получать новые впечатления может быть протестной реакцией ребенка на попытки амбициозных родителей без должной подготовки насильно загружать его информацией, которая не вызывает у него интереса и которую он еще не способен осмыслить.

Снижение влечения к получению впечатлений отмечается у токсикоманов, наркоманов. Их сенсорная жажда вполне удовлетворяется переживаниями, испытываемыми ими во время наркотического опьянения. Астеническое состояние, развивающееся у многих из них, способствует этому снижению.

Астения соматических больных также приводит к снижению сенсорной жажды. Снижена она при депрессивных состояниях разного генеза.

Полное отсутствие сенсорной жажды отмечается при крайне тяжелом слабоумии и при апатоабулическом синдроме.

Повышение влечения к получению впечатлений. Высокая сенсорная жажда вообще характерна для ребенка, познающего мир. Однако повышение влечения к получению впечатлений и попытка удовлетворить его приводит к тому, что новые ситуации, люди, места, переживания сменяются молниеносно, как в калейдоскопе. При этом ребенок не успевает (да и не стремится к этому) осмыслить происходящее, вникнуть в суть вещей. В результате ребенок астенизируется, у него возрастает тревожность, развиваются невротические реакции.

Подобные явления в младшем возрасте характерны для невропатов. В старшем возрасте повышение влечения к получению впечатлений встречается при патохарактерологическом развитии личности по неустойчивому, истероидному, гипертимному типу.

В подростковом возрасте отмечается не только физиологическая гиперсексуальность, но и физиологическое повышение сенсорной жажды. Этим объясняется тяга подростков испытывать мощные воздействия на все органы чувств (чрезмерно громкая музыка, яркие зрелища и т. п.). Острые пере-

живания и яркие впечатления они ищут нередко в рискованных ситуациях, что часто приводит к формированию делинквентных поведенческих реакций. С возрастом расширяется кругозор, формируются вкусы. К впечатлениям, требуемым для удовлетворения сенсорной жажды, предъявляются более высокие требования. Важно не только их количество, но и качество. Сенсорная жажда может удовлетворяться с помощью хорошей музыки, театра, книг, общения, интересной работы, хобби.

Повышено влечение к получению впечатлений при гипоманиакальных, маниакальных, маниеформных состояниях.

Качественные расстройства влечения к получению впечатлений

В основе большинства поведенческих реакций, которыми проявляются качественные нарушения расстройств влечения к получению впечатлений, лежат действия, повсеместно предпринимаемые с целью удовлетворения сенсорной жажды людьми, не имеющими никаких психических отклонений.

В поисках новых, ярких впечатлений принято путешествовать, делать покупки. Многие любят подолгу сидеть у костра или камина, глядя на огонь, пить в компании вино, играть в шахматы, преферанс, компьютерные игры и т.п. У людей с нарушенным влечением эти действия выходят за привычные рамки и приобретают болезненный характер.

При *компульсивном* (лат. compello — принуждать) варианте удовлетворения влечения совершению действий предшествует внезапно охватывающее эмоциональное напряжение, чувство дискомфорта. Больной при этом вполне осознает нелепость, порою противоправность своего желания, понимает возможные негативные последствия его удовлетворения, но ничего не может с собой поделать. Потребность удовлетворить это патологическое влечение столь велико, что человек довольно быстро прекращает внутреннюю борьбу и совершает желаемое.

При *импульсивном* (лат. impello — побуждать) варианте поступки, направленные на удовлетворение сенсорной жажды, совершаются человеком немедленно, без колебаний. В момент их совершения нередко отмечается сужение сознания. Впоследствии, обдумывая сделанное, человек не может объяснить свое поведение ничем, кроме возникшего внезапно неодолимого желания.

Разнообразие действий, связанных с извращенным удовлетворением влечения получения впечатлений, объединяет следующее:

— единственная цель этих действий — утоление сенсорной жажды;

— истинная цель действий больными не осознается, внятного, рационального объяснения мотивов своих поступков они найти не могут;

— результаты этих действий не приносят больным материальной выгоды, а часто, наоборот, противоречат их интересам;

— наличие у больных повышенного интереса ко всему, имеющему отношение к содержанию совершаемых действий;

— наличие у больных доминирующих идей, отражающих содержание действия;

— императивная потребность совершить действие возникает внезапно, но часто на фоне стрессовой ситуации;

— внезапность возникновения потребности совершить определенное действие и неспособность устоять;

— характерная динамика аффективных проявлений: сниженное тоскливое настроение и напряженность до действия, эйфорическое с экстатическим компонентом во время совершения действия, чувство покоя, удовлетворенности, благодушие после совершения действия;

— сексуальное возбуждение в процессе подобного удовлетворения сенсорной жажды у большинства больных;

— по собственной инициативе никогда не обращаются к врачу по поводу проявлений патологического влечения;

— чем старше возраст дебюта этого расстройства, тем хуже прогноз.

Эти признаки, а также повторяемость подобных действий не реже 2 раз в год позволяют диагностировать расстройства влечения к получению впечатлений. У страдающих ими больных отмечаются личностные нарушения, но как справедливо отмечают Б. В. Шостакович и В. Ф. Матвеев (1988), подобные нарушения влечений могут встречаться в рамках любого типа психопатии или иной психической патологии. Однако можно выделить ряд особенностей, встречающиеся у большинства больных этой группы:

— симптомы резидуально-органического поражения головного мозга;

— невысокий интеллект;

— конфликтные отношения с непоследовательными или (и) авторитарными или (и) безразличными родителями;

— не складывающаяся семейная и личная жизнь;

— склонность к алкоголизации;

— социальная и психологическая дезадаптация в той или иной степени.

Диапазон встречающихся в клинической практике нарушений действий, направленных на утоление сенсорной жажды, весьма разнообразен: от вполне безобидных для окружающих до уголовно наказуемых. Наиболее часто встречаются:

— *опиомания* (греч. onios — покупаемый, mania — влечение) — патологическое внезапное неодолимое влечение делать ненужные покупки без учета своих финансовых возможностей;

— патологическое внезапное неодолимое влечение к *азартным играм,* имеющее шифр в МКБ-10 F63.0;

— *дромомания* (греч. dromos — бег, mania — влечение), *вагабондаж* (лат. vagabundus — скитающийся) или *пориомания* (греч. poreia — путешествие, mania — влечение) — патологическое внезапное неодолимое влечение куда-нибудь уехать;

— *клептомания* (греч. klepto — красть, mania — влечение) — патологическое внезапное неодолимое влечение что-то украсть, имеющее шифр в МКБ-10 F63.2;

— *пиромания* (греч. pyr — огонь, mania — влечение) — патологическое внезапное неодолимое влечение к поджогам, имеющее шифр в МКБ-10 F63.1.

Опиомания — сравнительно безобидное для окружающих, но наносящее большой вред самому больному, нарушение. Чаще страдают женщины.

При компульсивном варианте удовлетворения сенсорной жажды отмечается период некоторой борьбы с желанием сделать какую-нибудь дорогостоящую покупку. Нередко больные уверяют себя, что отправляются «просто походить по магазинам», взяв при этом с собой крупную сумму денег. В магазине испытывают напряжение, чувство дискомфорта. Понимая нелепость своего желания, все же быстро прекращают внутреннюю борьбу и совершают ненужную дорогую покупку.

При импульсивном варианте период переработки внутренних побуждений отсутствует, и покупка делается практически мгновенно, неожиданно для самого больного. При этом может отмечаться сужение сознания. Тогда больной не помнит, или только смутно припоминает, как и где делал покупку. После случившегося настроение благодушное, оптимистичное. На словах раскаивается, что «сделала глупость», но на деле уверена, что «все обойдется».

Подобные явления также могут отмечаться у больных в маниакальном состоянии, но при этом они не носят пароксизмального состояния. Покупки совершаются на ровном гипоманиакальном или маниакальном аффективном фоне, отсутствует типичная динамика аффекта.

Гэмблипг — патологическое удовлетворение сенсорной жажды с помощью азартных игр — чаще встречается в подростковом возрасте и у молодых людей, среди которых преобладают мужчины. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) гэмблинг имеет шифр F63.0. В настоящее время все чаще внимание привлекают компьютерные игры, однако остаются актуальными и карты. По данным, приводимым Ю. В. Поповым и В. Д. Видом, этому расстройству подвержено примерно 2-3% населения (1997).

В подростковом возрасте у подобных больных самой заветной мечтой является богатство, в чем находит отражение культ денег в родительской семье. В этих случаях игра, как быстрый способ обогащения, очень рано привлекает внимание подростка. Мысли об игре не покидают больного все время и, как правило, носят доминирующий, а не навязчивый характер. Стрессовая ситуация может сделать желание принять участи в игре неодолимым, и больной не в силах ему противиться. При этом он понимает, что буквально ставит на карту работу, семейное благополучие, испытывает тоскливое напряжение и ищет исцеления в игре, которую воспринимает «как антидепрессант» [Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997].

Здоровый, склонный к азартной игре человек соизмеряет обстоятельства, свои финансовые возможности и может при необходимости прекратить игру.

Больной, получающий удовольствие независимо от выигрыша или проигрыша, сделать этого волевым усилием не может. Возможно, он, таким образом, символически снимает с себя груз ответственности за собственные проблемы, перекладывая его на судьбу («Мне просто не везет!»). При этом проигрыш служит новым поводом для инфантильных протестных реакций, а не возвращает к реальной действительности.

Жесткий контроль, делающий игру недоступной, приводит к ухудшению как психического (повышение тревоги, дисфория), так и соматического состояния.

Дромомания отмечается уже в школьном возрасте в виде частых побегов из дома. При этом побеги напрямую не зависят от ситуации в школе или в семье, не связаны с опасением наказания. Истинная дромомания имеет все признаки патологического удовлетворения сенсорной жажды: импульсивность, аффективную динамику, немотивированность и носит насильственный характер. В. Я. Гиндикин (1999) полагает, что истинная дромомания может привести к ложной путем фиксации побегов и бродяжничества, как формы поведения. Таим образом, две формы дромомании могут отмечаться у одного больного одновременно.

Эта форма патологического удовлетворения сенсорной жажды чревата появлением и закреплением элементов девиантного (мелкое воровство, попрошайничество), а затем и асоциального поведения.

Клептомания довольно редкое расстройство. Среди задержанных в магазинах за карманные кражи клептоманы составляют всего 5%. Совершение кражи предпринимается исключительно ради процесса, ради получения острых впечатлений. Украденные вещи клептоманов не интересуют и, чаще всего, выбрасываются. Реже их прячут или подбрасывают владельцу. Действуют клептоманы всегда без соучастников, злого умысла не имеют. Часто кража совершается неожиданно для самого клептомана. Перед кражей они испытывают напряжение, во время, нередко, сексуальное возбуждение. Особых мер предосторожности они не соблюдают, а потому иногда попадаются. Некоторые клептоманы, имеющие мазохистические тенденции, испытывают эмоции, близкие к экстатическим, в момент поимки. Между приступами кражи настроение клептоманов, как правило, сниженное. У некоторых отмечается неглубокое чувство вины и раскаяние, связанные с совершенным воровством, что указывает на более лекгий вариант течения. Однако даже в этом случае клептоманы никогда не сознаются в содеянном.

Начинаться клептомания может в школьном возрасте. Следует отличать кражи, предпринимаемые с целью удовлетворения сенсорной жажды, от широко распространенного в настоящее время среди школьников обычного мелкого воровства, связанного с желанием похвастаться деньгами, угостить друзей пепси-колой, поиграть в компьютерные игры и т. п.

Среди клептоманов преобладают лица мужского пола. Часто клептомания приобретает хроническое течение, сама не проходит. К врачу клептоманы по собственной воле не обращаются.

Пиромания выражается во множественных попытках поджогов и поджогах, совершаемых без очевидных мотивов. Чаще поджоги носят импульсивный характер и не являются проявлением мести, терроризма и т. п. По статистике среди взрослых людей, виноватых в поджогах, — 40% являются пироманами, большинство из них мужчины.

В детском возрасте у многих детей отмечается большой интерес к пиротехническим игрушкам, разжиганию костров, поджогам сухих листьев. У бу-

дущих пироманов он особенно выражен. Первые случаи поджогов, носящих импульсивный характер, отмечаются в препубертатном или пубертатном возрасте. Совершив поджог, пироманы обязательно наблюдают за огнем, нередко испытывая сексуальное возбуждение. Если на пожаре случаются жертвы, поджигатели, как правило, равнодушны к ним, никогда не берут на себя ответственность за случившееся.

В перерывах между поджогами пироманы проявляют повышенный интерес ко всему, что связано с огнем, пожарным делом. Многие из них часто алкоголизируются, сексуально расторможены, бывают жестоки к животным.

МЫШЛЕНИЕ

Мышление — опосредованное отражение и отвлеченное обобщение явлений внешнего мира, их сущности и взаимосвязей между ними. Процесс мышления осуществляется путем совершения мыслительных операций. К основным из них относятся: анализ, синтез, сравнение, экстраполяция, обобщение по сходным признакам, исключение по несходным признакам, аналогия, выделение главного, классификация и др. Являясь высшим познавательным процессом, мышление всегда направлено на творческое преобразование имеющихся в памяти представлений и образов. На основе ощущений и восприятия в процессе мышления формируются представления и понятия.

Представлением называется образ конкретного предмета или явления, воспроизведенный в сознании на основе прошлых впечатлений или благодаря воображению. *Понятие* — более обобщенное отражение свойств предметов или явлений, формирующееся на основе сопоставления представлений. Если попросить человека представить себе какой-то предмет, например, шкаф, просьба будет содержать понятие, так как разных шкафов может быть множество. Однако человек поймет задание и представит себе именно шкаф, а не стул, причем образ, созданный им в сознании, будет конкретным. При просьбе, человек может описать свойства шкафа (цвет, форму, размеры и т. п.). Различают эмпирические понятия, отражающие свойства определенного класса предметов и явлений и теоретические понятия, выявляющие особенности и взаимодействия отдельных элементов внутри целостной системы. Накапливая жизненный опыт, ребенок приобретает житейские понятия [Выготский Л. С, 1935]. Представления, понятия связаны между собой *ассоциациями* (лат. associo — присоединять). Аристотель выделил три типа ассоциаций:

— по смежности, возникающие по принципу близости предметов или явлений друг другу во времени или пространстве (например: машина-дорога, ночь-сон);

— по сходству, возникающие на основе похожести двух объектов (например, птица-самолет);

— по контрасту, возникающие на основе выраженных различий (например: день-ночь).

Связь между двумя понятиями (субъектом и предикатом) называется *суждением* (например: девушка-студентка) Из двух или нескольких суждений, называемых посылками, можно вывести новое суждение, логически непосредственно вытекающее из них и называющееся умозаключением. Если к умозаключению человек приходит от частных суждений к общему, оно называется индуктивным (лат. in — внутрь, duco — вести), а если общие положения применяются к конкретному случаю, умозаключение считается дедуктивным (лат. de — из, duco — вести). Два суждения и умозаключение составляют силлогизм. Например:

«Каждый человек (В) есть живое существо (А).
Каждый человек (В) (и только человек) разумен (Б).
Каждое разумное существо (Б) есть живое существо (А)».
(Аристотель)

Построение силлогизмов позволяет приобретать новые знания, при условии, что суждения (посылки) истинны, проверены практикой. Законы мышления являются логическими. Они объективны и не могут быть отменены. Нарушения этих законов могут отражать патологические изменения мышления, что позволяет использовать силлогизмы для выявления его расстройств. Таким образом, мышление, являясь более высокой формой отражения, чем ощущения и восприятие, позволяет выйти за их пределы, судить о том, что не наблюдается сейчас, а также предвидеть последствия происходящего. Это позволяет ставить задачи ориентировочно-исследовательского, познавательного и преобразующего характера и предпринимать действия, направленные на их разрешение.

Развитие мышления

Последние исследования в области перинатальной психологии показывают, что у новорожденного ребенка уже сформированы некоторые элементарные представления. Это доказывается тем, что новорожденный способен узнавать некоторые аудиальные образы, усвоенные еще внутриутробно. Довольно быстро младенцы начинают реагировать на лицо матери не так, как на лица других людей Постепенно в результате собственного опыта, знакомства с явлениями окружающей действительности, усложнения практической деятельности, на основе представлений начинают формироваться простейшие понятия. Малыш, способный показать «глазки у мамы, глазки у папы и глазки у кисы», которые так отличаются друг от друга, уже владеет простейшим понятием «глазки».

На ранних этапах развития ребенка мышление является *наглядно-действенным.* При этом ребенок учится манипулировать предметами, осваивает их функциональное назначение, решает конкретные задачи (дотянуться да погремушки, удержать ее, вызвать звук с помощью ее потряхивания и т. п.). Задачи, встающие перед ним, ребенок решает конкретными действиями путем проб и ошибок. Целенаправленная двигательная активность, построение сенсомоторных схем при этом обеспечивается, главным образом, таламо-кор-

тикальными системами. Овладение орудиями (например, ложкой), являющееся специфически человеческой деятельностью, позволяет ему осваивать принцип использования орудий для самостоятельного решения мыслительных задач. Это, а также развитие речи, способствует переходу к целенаправленным результативным действиям.

Постепенно у ребенка наряду с наглядно-действенным начинает развиваться *конкретно-образное мышление.* К 4-5 годам оно является уже преобладающим. Для него характерно развитие ассоциативных процессов, способствующих формированию все более общих понятий на основе образных представлений о предметах и явлениях действительности. При этом ребенок уже может, используя многообразие имеющихся у него образных представлений, словарный запас, выделять в уме и связывать между собой те признаки предметов, которые важны для решения поставленной им задачи, добиваясь результата не только в процессе практических действий, но и умственной деятельности. Идеаторная активация сенсомоторных схем, развитие речи, обусловленные развитием височной и моторной коры головного мозга, позволяют прогнозировать результаты того или иного действия.

Возникновение способности рассуждать, делать выводы и принимать решения, не опираясь на манипуляционные действия, означает появление *абстрактно-логического* мышления. К концу дошкольного возраста здоровый ребенок должен уметь успешно оперировать знаниями на уровне обобщенных представлений, делать умозаключения, что является одним из важных условий возможности его обучения в школе. Овладение формами абстрактно-логического мышления побуждают ребенка к поисковой эвристической деятельности, активному экспериментированию, освоению способов решения интеллектуальных задач в новых условиях, что в свою очередь способствует дальнейшему развитию абстрактно-логического мышления. Для ребенка становятся доступными и его начинают интересовать такие общие понятия, как «жизнь», «смерть», «совесть», «сумма» и т. д., появляется мотивация к обучению. Пика развития абстрактно-логическое мышление достигает в подростковом возрасте, когда способности к формальным операциям, абстрагированию, построению гипотез хорошо сформированы. В это время особо актуальными становятся проблемы смысла жизни, собственного предназначения, ценностей, выбора жизненного пути и т. п.

Овладение новым видом мышления не исключает использование старых. Взрослый человек, в зависимости от ситуации, использует один из трех видов. Преобладание использования вида мышления может определяться профессией. Так, например, для математиков основным видом мышления является абстрактно-логический.

Расстройства мышления

Нарушение мышления связано с расстройствами ассоциативного процесса и суждений. Весьма условно изменение темпа мышления (ускорение или замедление ассоциативного процесса), прерывание его можно отнести к ко-



Схема 10. Расстройства мышления.

личественным нарушениям мышления, а нарушения суждений, связанные с целенаправленностью мыслительного процесса, расстройствам логической структуры, появлением психопатологической идеаторной продукции — к качественным.

Расстройства мышления представлены на схеме 10.

Количественные расстройства мышления

Скорость мышления измеряется количеством ассоциаций в единицу времени. Выделяют:

— *брадилогию* (греч. bradys — медленный; logos — разум) или *брадифрению* (греч. bradys — медленный; phren — разум) — *замедление мышления.* Термин «брадилогия», предложенный в 1876 г. А. Куссмаулем (A. Kussmaul), более точно отражает суть феномена, но не получил широкого распространения. Обычно в качестве синонима применяют термин «брадифрения», хотя чаще под брадифренией понимают замедление всех психических процессов;

— *шперрнуги* (нем. sperrung — остановка) — обрывы мышления;

— *тахифрению* (греч. tachys — быстрый; phren — разум) или *ускорение мышления.*

Расстройства мышления, связанные с его замедлением

Брадифрения, или замедление мышления, характеризуется замедлением осмысления больным происходящих событий, бедностью ассоциаций, немногословием. На вопросы он отвечает после паузы, выражена *брадилалия* (греч. bradys — медленный; lalia — речь), то есть медленная речь, и *брадикинезия* (греч. bradys — медленный; kinesis — движение) — замедленность движений, субъективное ощущение ухудшения памяти.

Следует различать *преходящую* и *стойкую* брадифрению. Брадифрения, как преходящее расстройство, отмечается при субдепрессивных и депрессивных состояниях, входит в качестве одного из основных симптомов в депрессивный синдром. При выраженном астеническом синдроме, при церебрастениях различного генеза также часто возникает преходящая заторможенность мышления. Наличие брадифрении в структуре церебрастенического синдрома обычно приводит к ухудшению успеваемости ребенка, нередко встает вопрос об обучении его по вспомогательной программе. Между тем, при ин-

дивидуальном подходе и обучении ребенка в его темпе, на фоне активного лечения церебрастении, дети вполне успешно справляются со школьной программой [Ковалев В. В., 1985; Добряков И. В., 1989].

Вопрос о слабоумии и необходимость в дифференциальной диагностике возникают помимо прочего в связи с тем, что брадифрения часто встречается при олигофрении в качестве стойкой, постоянной, а не преходящей психопатологической особенности, не претерпевающей особой динамики и резистентной к терапии. При олигофрении, а также при других резидуально-органических расстройствах центральной нервной системы, стойкая брадифрения представлена в сочетании с недоразвитием абстрактно-логического мышления, чего не бывает при преходящей брадифрении. Один из вариантов астенической формы олигофрении, клиническая картина которого во многом определяется брадифренией, получил название брадипсихического [МнухинС. С, 1961; Исаев Д. Н., 1982].

Брадифрения отмечается при некоторых формах эпилепсии после припадков. При этом через некоторое время темп мышления восстанавливается. Этого не происходит при злокачественном течении эпилепсии: мышление больных становится стойко замедленным и обстоятельным, сопровождается пониженной речевой активностью — *олигофазией* (греч. oligos — малый, phasis — речь).

Брадифрения — частый симптом хронической интоксикации у токсикоманов и наркоманов.

Расстройства мышления, связанные с его остановкой

Шперрнуги — обрывы мышления, связанные с остановкой ассоциативного процесса. Клинически проявляются внезапными остановками речи, сознание при этом не нарушено. Больные при этом жалуются на «отнятие мыслей», иногда по-бредовому это интерпретируя («мысли крадут инопланетяне»). У детей младшего возраста выявить шперрунги трудно. Чаще встречается в препубертатном и пубертатном возрасте при заболевании шизофренией.

Расстройства мышления, связанные с его ускорением

Тахифрения, или *ускорение мышления,* характеризуется легкостью возникновения ассоциаций, их поверхностностью, стремительным переходом от одной мысли к другой. При умеренном ускорении мышления оно проявляется в том, что больной двигательно растормаживается, становится многоречивым, темп речи также увеличивается. При этом продуктивность может сохраняться, действия остаются осмысленными. При ухудшении состояния больной, не успевая закончить одну мысль, перескакивает на другую. Максимально выраженное ускорение мышления получило название fuga idearum (лат. fuga — бег, греч. idea — понятие). В этом состоянии больной не успевает переводить мысли в устную речь.

Ускорение мышления отмечается у детей и подростков в гипоманиакальных, маникальных состояниях при маниакально-депрессивном психозе, а также в состоянии интоксикации, например при инфекционном делирии, при наркотическом опьянении амфетаминами, летучими органическими раство-

рителями и некоторыми другими психически активными веществами. Максимально выраженное ускорение (fuga idearum) для детей не характерно и встречается только в старшем возрасте.

Качественные расстройства мышления

К качественным расстройствам мышления можно отнести нарушения мышления, обусловленные формированием суждений и умозаключений. Возникновение их может быть связано со следующими нарушениями.

1. С нарушением целенаправленности мыслительного процесса:
— *обстоятельное* мышление;
— *резонерское* (фр. raisonner — рассуждать) мышление;
— *персевераторное* (лат. persevero — упорно держаться) мышление.

2. С нарушением логических законов:
— *паралогическое* (греч. paralogos — неразумный) мышление;
— *атактическое* (греч. ataxia — беспорядок), или разорванное мышление;
— *инкогереитное* (лат. incohaerentis — бессвязный), или бессвязное мышление;
— *символическое* (греч. simbolon — знак) мышление;
— *аутистическое* (греч. autos — сам) мышление.

3. С содержанием суждений:
— *неологизмы* (греч. neos — новый, logos — слово);
— *доминирующие* идеи;
— *навязчивые* идеи;
— *насильственные* идеи;
— *сверхценные* идеи;
— *бредоподобные* фантазии;
— *бредовые* идеи.

Расстройства мышления, связанные с нарушением его целенаправленности

Обстоятельное, вязкое мышление характерно для эпилептиков. Отмечается излишнее застревание на несущественных деталях. Так, мальчик 12 лет, страдающий эпилепсией, объяснял врачу, как добраться до его школы из дома: «утром я встаю, чищу зубы лесной пастой, моюсь мылом, на завтрак я обычно ем два яйца...» и т. д., а когда его спросили, долго ли идти до школы, сказал: «Я же объясняю...» и вновь начал повторять все сначала.

Резонерское мышление — пустое, нецеленаправленное рассуждательство. Частным проявлением резонерства, по-видимому, является *битендентность* мышления — противоположность суждений по поводу одного и того же объекта.

Возрастной особенностью резонерского мышления также является встречающаяся в пубертатном возрасте так называемая *метафизическая интоксикация.* При этом подростки начинают рассуждать о смысле жизни, искать границы между живым и неживым, решать глобальные научные проблемы,

не имея для этого достаточно знаний. Другой тип резонерского мышления носит характер трюизмов. Больные говорят всем знакомые понятные и простые истины с видом ученого, совершившего открытие мирового значения. Один из наших больных писал многотомные трактаты о пользе мыла (мыло полезно для мытья рук, посуды, стирки белья и т. п.).

Персевераторное мышление встречается при аутизме, органических поражениях головного мозга, при злокачественной эпилепсии, выражается в ненужных, назойливых повторах мыслей. Один из механизмов возникновения персевераций — попытка справиться с высокой тревогой, внося в незнакомую ситуацию знакомые элементы, то есть снижая дефицит информации.

Расстройства мышления, связанные с нарушением законов логики

Паралогическое мышление характеризуется актуализацией латентных признаков, при этом из правильных логических посылок больной выводит логически некорректные умозаключения. При этом часто наблюдаются «соскальзывания» с последовательно развивающейся темы или «мимо-ответы» на поставленные вопросы. Паралогическое мышление у детей часто выявляется при психологическом обследовании в виде неадекватных обобщений или неожиданных объяснений сюжетных рисунков.

Атактическое, или *разорванное* мышление характерно для шизофрении. Грамматическая структура речи при этом не нарушена, но логической связи, смысла в содержании высказываемых больными предложений нет. При разорванном мышлении нередко наплывами разнородных мыслей возникают неожиданные ассоциации. Это называется *ментизмом* (лат. mens — ум). Ментизм представляет собой своеобразный ассоциативный автоматизм: наплывы образов возникают непроизвольно и их нельзя прекратить волевым усилием. Клинически это может проявиться в непонятности речи больных. Например, один из больных говорил: «Так как Илья Муромец не предпочитает умирать стульями в запасе, самолеты Аэрофлота будут высиживать яйца» и т. д.

Инкогерентное или *бессвязное* мышление характеризуется тем, что логические связи между образами, получаемыми при помощи органов чувств, и представлениями вовсе не образуются или ослаблены. При этом нарушается не только логическая, но и грамматическая стройность речи. Бессвязность мышления встречается при шизофрении, а также при расстройствах сознания при экзогенных психозах.

Сохранность грамматических связей также позволяет отличить атаксию от *аграмматизмов,* которые иногда встречаются при органических поражениях мозга, олигофрении и эпилепсии у детей. Выраженная атаксия мышления отмечается у подростков при гебефренической форме шизофрении. В пубертатном возрасте чаще наблюдается меньшая выраженность атаксии в виде аморфного, непоследовательного мышления с «соскальзываниями» в сторону от конкретной темы на общие рассуждения, что иногда трудно отличить от резонерского мышления.

Символическое мышление проявляется в том, что в словах и действиях окружающих больные видят особый смысл, или сами в словесные понятия вкладывают несвойственное им содержание.

Аутистическое мышление характеризуется оторванностью от реальной действительности. Больной с аутистическим мышлением подменяет реальную действительность внутренним миром воображаемых представлений, фантазий и убежден в их реальности. При этом аутистическое мышление, в отличие от нормального, стимулируется не образами, получаемыми при помощи ощущений и восприятия реальности, а эмоциональными факторами — неосуществленными желаниями или (реже) опасениями личности.

У дошкольников рудиментом аутистического мышления могут быть бредоподобные фантазии с игровыми перевоплощениями.

Расстройства мышления, связанные с содержанием суждений

Неологизмы — это выдуманные слова, смысл которых понятен только больному. Например: больной говорил, что ему хочется «поплаховать». Как выяснилось, он хотел построить плаху, на которой бы мог казнить всех своих мнимых врагов.

Доминирующие идеи — это правильные мысли, связанные с житейской ситуацией, преобладающие в сознании, вытесняющие все другие мысли и мешающие сосредоточиться на текущей деятельности. Например, постоянные мысли в школе о больной матери дома, о возможном наказании за проступок или мысли о предстоящем экзамене. Они наблюдаются на фоне депрессии или тревоги и исчезают при разрешении ситуации.

Навязчивые идеи возникают непроизвольно, но осознаются больным критически, как неправильные, он стремится избавиться от них, но это удается лишь на время. Эти идеи характерны для невроза навязчивых состояний и нередко сопровождаются защитными действиями (ритуалами).

У детей навязчивыми являются не столько мысли, сколько страхи. Чем старше ребенок, тем больше у него выражен этап сомнений, борьбы и последующей критики. Это хорошо видно при сравнении страха темноты у детей и подростков.

К рудиментарным навязчивым идеям дошкольного возраста относятся назойливые бессмысленные вопросы, не имеющие познавательной цели. При этом дети, как правило, не дожидаются ответов и не слушают их, стереотипно повторяя один и тот же вопрос. Такие навязчивости возникают в продромальном периоде шизофрении или при атонической форме шизофрении.

Насильственные идеи элементарны, возникают неожиданно, неодолимо и более нелепы по содержанию. Их нелепость осознается, но требуется большое усилие, чтобы не подчиниться этой мысли, а часто остановить действие не удается. Эти состояния возникают у лиц, перенесших травмы или энцефалиты. Такие дети с трудом удерживаются, особенно когда им читают нотации родители или воспитатели, чтобы не рассмеяться, не выругаться, не показать язык или не отвернуться. У более старших детей (10-15 лет) появляются еще более грубые мысли и желания самоагрессии, самоистязания (бро-

ситься вниз с балкона, моста; схватить за нос, за волосы, ударить ногой, ножом и т. п.), а также *хульпые мысли* (неприлично выругаться). Появление подобных мыслей и желаний мучительно для больного, так как это противоречит инстинкту самосохранения и нравственным установкам, поэтому такие состояния нередко обозначают как контрастные мысли.

У младших детей родственны насильственным так называемые *атематические игры.* Предаваясь им, дети часами играют с предметами, не имеющими игрового назначения (веревочками, бутылками и т. п.), крайне увлечены этим и не обращают внимания на окружающее, но раздражаются, если их пытаются отвлечь.

Сверхценные идеи связаны с реальностью и очень значимы для больного, но, благодаря эмоциональной насыщенности, они искажают реальность, хотя внешне правдоподобны. У взрослых эти идеи чаще развиваются при паранойяльной психопатии (идеи *изобретательства, разоблачительства, ревности* и т. п.), при соматическом заболевании *{ипохондрические* идеи). Для детей не характерны такие сложные и длительные построения. Как сверхценные образования у них описывают:

а) *односторонние увлечения* препубертатного и пубертатного периодов. Так, мы наблюдали мальчика, который многие годы интересовался только географическими картами. У детей младшего возраста это часто проявляется стереотипными назойливыми вопросами типа: «Почему люди умирают?» и т. п.;

б) пубертатному возрасту свойственна также односторонняя озабоченность: моноидеи некрасивого телосложения *(дисморфомания)* или необходимости ограничения в еде *(психическая анорексия).* При этом они направлены, в основном, на себя. Если же эти идеи начинают распространяться на окружающих («смеются», «презирают»), то они чаще приобретают бредовый характер, резко меняют поведение больного, и тогда следует думать уже не о психопатии, а о шизофрении.

Бредоподобные фантазии характеризуются тем, что ребенок представляет себя одушевленным или неодушевленным предметом и долго ведет себя соответствующим образом с игнорированием реальной ситуации.

Выделяют три, встречающихся у детей, синдрома патологического образного фантазирования:

— *агрессивно-садистическое фантазирование,* тесно связанное с патологией полового влечения, чаще встречающееся у мальчиков. Содержание таких фантазий наполнено сценами катастроф, войн, пыток обидчиков и т. п.;

— *фантастические оговоры и самооговоры* сексуального содержания чаще встречаются у девочек. Они рассказывают о якобы имеющих место изнасилованиях, мнимых любовных победах и т. п.;

— *фантазии героического превосходства* также чаще встречаются у мальчиков. В рассказах о себе, обычно детективного содержания, больные стараются выставить себя в выгодном с их точки зрения свете: сильными, нередко жестокими и коварными, «крутыми», нередко рассказывают о своих мнимых связях с криминальным миром воров и наркоманов, иногда даже

хвастаются совершенными убийствами. Разновидности синдрома патологического фантазирования встречаются в структуре психопатических свойств личности или начальных проявлений параноидной шизофрении.

В отличие от первичных, быстро меняющихся, тесно связанных с реальностью фантазий здорового ребенка, патологические фантазии стойки, стереотипны, нередко оторваны от реальности, причудливы по содержанию и часто определяют патологическое поведение больного. При нормальных фантазиях дети сознают, что они «воображают», «мечтают», «играют», «выдумывают» и могут переключиться от фантазий к реальности. Такого критического отношения лишены патологические *(аутистические)* фантазии.

Бредоподобные фантазии наиболее характерны для подростков с чертами истероидной психопатии, которые хотят предстать перед сверстниками в роли героев, незаурядной личности, для чего преувеличивают факты, сочиняют небылицы и сами им верят. Эти идеи, как и сверхценные, возникают на основе реальных событий, иногда носят ипохондрический характер, но они обычно нестойки, исчезают, когда сверстники теряют к ним интерес или разоблачают преувеличение.

Так, мальчик 13 лет лежал в больнице по поводу пиелонефрита. Выписку несколько задержали из-за плохого анализа крови, который довольно долго показывал повышенную СОЭ. После выписки из стационара скрывал, что у него было почечное заболевания, сказал, что была «плохая кровь», «наверное, рак крови». Одноклассники, особенно девочки, жалели его, просили учителей не ставить ему плохих отметок.

Если же бредоподобные фантазии держатся стойко и имеют тенденцию к развитию, то следует думать о развитии шизофрении со сверхценными или бредовыми идеями.

Бредовые идеи — это болезненные заблуждения, нелепые по содержанию и не поддающиеся критике.

По содержанию выделяют идеи *отношения, преследования, психического* и *физического воздействия, отравления, ипохондрические, величия, материального ущерба* и др.

Также различают *отрывочный* бред и *систематизированный.* Выделяют три синдрома или этапа систематизированного бреда:

а) *паранойяльный синдром* характеризуется систематизированным бредовым толкованием реальных фактов при отсутствии нелепых суждений и галлюцинаций;

б) *параноидный синдром,* при котором бредовому толкованию подвергаются обманы восприятия и ощущений. Разновидностью параноидного синдрома является *синдром Кандинского-Клерамбо.* В его структуру входят: *симптом отчуждения* принадлежности себе собственных психических актов, *симптом овладения* и *симптом открытости* окружающим собственных мыслей, а также *псевдогаллюцинации* и бредовые *идеи психического и физического воздействия* и *психического* и *физического автоматизма* (гипнозом или аппаратами, лучами, током, магнитом и т. д.). Синдром Кандинского-Клерамбо характерен для параноидной формы шизофрении.

Рудиментом психического автоматизма у дошкольников являются безличные обращения к окружающим или называния себя во втором или третьем лице — «он хочет пить» и т. п.

в) *парафренный синдром* отличается вымыслами, напоминающими конфабуляции, и обильными галлюцинациями, нелепо-фантастическим сочетанием бреда величия с бредом преследования.

У детей редко возникает бред, особенно стойкий и систематизированный. Такой бред наблюдается лишь с 10-11 лет. У дошкольников при инфекционных состояниях может появиться яркий, образный, отрывочный бред. Обычно он рудиментарен и нестоек, напоминает детские страхи. Лишь на 1-2 дня на фоне тревоги возникают яркие образные переживания, галлюцинации, иллюзии или психосенсорные расстройства с отрывочным бредовым толкованием. Однако еще в течение недели может сохраняться страх остаться одному, некритическое отношение к перенесенному. Другой разновидностью являются приступообразные бредовые страхи.

У младших школьников часто появляется *бред враждебного отношения* одноклассников. Больные боятся ходить в школу, так как считают, что там над ними насмехаются, издеваются, могут ударить, искалечить, убить. Рудиментом параноидного бреда в этом возрасте является *чувство присутствия постороннего.*

В пубертатном возрасте часто развивается *дисморфоманический синдром,* состоящий из уверенности в уродливом строении своего тела, бредовых *идей отношения* окружающих к мнимому недостатку, симптома его *маскировки* (например, все время прикрывать рукой «уродливый» нос) и *зеркала* (подолгу рассматривать себя в зеркале или, наоборот, избегать зеркал и бояться их). При шизофрении эти идеи, чаще касающиеся лица («дегенеративный лоб», «глупые глаза», «уродливый нос», «лошадиная челюсть»), нередко переходят в бред физического воздействия, якобы испортившего организм. Как вариант дисморфомании у подростков возникает бред *дурного запаха.* Чаще у мальчиков появляется убеждение об истечении запаха из заднего прохода, из подмышек, от половых органов. При шизофрении эта разновидность трансформируется в *нигилистический бред* («внутри все сгнило»), часто с трактовкой воздействий извне.

Для подростков характерен также *бред чужих родителей,* при котором истинными родителями они считают других, часто известных и знаменитых людей. Нередко это сопровождается *бредом жестокого обращения.* У подростков с дисгармоничным течением пубертатного периода, ускоренным половым созреванием характерен *бред переделки* половой принадлежности или возраста.

ПАМЯТЬ

Память — это способность запечатлевать (фиксация), сохранять (ретенция) и воспроизводить информацию (репродукция). Фиксация, ретенция, репродукция — основные мнестические (греч. mnemonika — запоминание)

процессы, также к ним относится забывание. Фиксируется, сохраняется не вся информация, поступающая на органы чувств, а выборочная. Воспроизведение и забывание могут быть полными и частичными. Эта избирательность зависит:

— от конкретных условий окружающей среды, наличия в ней положительного или отрицательного подкрепления процесса запоминания;

— от характера, способностей индивида и задач его деятельности;

— от степени понимания воспринимаемого материала, определяющей возможность его структурирования;

— от эмоционального отношения к воспринимаемому материалу, бессознательным принятию или отвержению воспринимаемого материала.

Таким образом, мнестические процессы находятся в тесной зависимости от личностных особенностей человека. Нет такого вида психической деятельности, в становлении которого не были бы непосредственно замешаны механизмы памяти [Ушаков Г. К., 1973].

С. Л. Рубинштейн (1946) считал, что «без памяти мы были бы существами мгновения», так как память позволяет воспроизводить прошлое, прежде пережитое индивидом.

Различают *непроизвольную* память, при которой запоминание происходит без усилий человека, он не фиксирует внимание на процессе запоминания, и *произвольную,* при которой запоминание является результатом активного сосредоточения внимания и целенаправленной деятельности.

По длительности сохранения информации память может быть *кратковременной,* обеспечивающей сохранение информации в течение нескольких секунд или минут, и *долговременной,* дающей возможность сохранять информацию годами. Срок хранения информации, обусловленный долговременной памятью, сравним с продолжительностью жизни человека.

Кратковременную память также часто называют оперативной, так как она позволяет решать сиюминутные проблемы, осуществлять первичную ориентировку в окружающей среде. Основным механизмом кратковременной памяти, согласно теории Д. О. Хебба [Hebb D. O., 1949], является возникновение циркуляции электрической импульсной активности в замкнутых цепях нейронов головного мозга. Долговременная память, связанная с изменениями на молекулярном уровне информационной РНК, ориентирована на будущее.

По способам запечатления запоминаемого материала выделяют механическую, или *непосредственную,* память и *логическую,* или *смысловую.*

При механической памяти элементы запоминаемого материала никак не связаны между собой, а при логической — наблюдается логическая связь элементов запоминаемого как причины и следствия, рода и вида, сущности и явления и т.п.

В зависимости от того, какой анализатор принимает наибольшее участие в восприятии запоминаемого материала, различают *зрительную, слуховую, тактильную, обонятельную, вкусовую* память. Интенсифицировать процесс запоминания можно включением как можно большего числа анализаторов

в процесс восприятия. Это обеспечивает получение полной информации о запоминаемом объекте, что облегчает ассоциативный процесс. В 1885 г. Г. Эббингауз (H. Ebbinghaus), проведя эксперименты над собой, показал, что без каких-либо специальных приемов человек может одномоментно запомнить 7 единиц информации.

Развитие памяти

Начинается процесс запоминания с запечатления. Запечатление происходит благодаря ощущениям и восприятию. У новорожденных, как уже указывалось, эти функции хорошо развиты, запечатление у них уже есть. Запечатление и запоминание проявляются в узнавании. Узнавание, таким образом, является наиболее ранним в онтогенезе проявлением памяти. Младенец уже способен соотнести воспринимаемый образ с имеющимся представлением.

Развитие узнавания происходит следующим образом:

1-я ступень. *Автоматическое узнавание в действии* '— возникает без сознательного отождествления. Предметы, которые узнает ребенок, были ранее им непосредственно восприняты. Внешние впечатления автоматически регулируют его действия.

2-я ступень. Чувство *«знакомости»,* проявляющееся, помимо моторных реакций, эмоциональными реакциями. В. Вундт [W. Wundt, 1879] писал по этому поводу, что вещи узнаются не столько по их признакам, сколько по тем чувствам, которые они в нас возбуждают.

3-я ступень узнавания — *отождествление предмета.* Предмет в контексте определенной ситуации выделяется из нее и отождествляется с предметом, образ которого был запечатлен ранее в другой ситуации и сохранен.

Сохранение (ретенция) — сложный динамический процесс, включающий многообразные процессы переработки материала. Воспроизведение сохраненных образов может быть непроизвольным и произвольным, но в любом случае является не механическим воспроизведением прошлого, а его реконструкцией. Первое воспроизведение оказывается очень стойким, поэтому имеет особое значение для запоминания. Дети йе в силах сразу же после прослушивания рассказа репродуцировать его, но по прошествии некоторого времени им это удается (в 40%). С. Л. Рубинштейн (1945) называл это *реминисценцией* (лат. reminiscentia — припоминание). Особенно ярко она проявляется у дошкольников. Феномен реминисценции связан с необходимостью внутренней работы по осмыслению материала и овладению им. Реминисценция обнаруживалась при воспроизведении содержательного материала. При репродукции бессвязного, бессмысленного материала феномена реминисценции не отмечается.

Представление, всплывающее из прошлого в виде образа, является продуктом воспроизведения.

С двух лет у ребенка появляется способность пусть элементарно, но уже активно воспроизводить не просто образы предметов, а события прошлого.

С трех лет ребенок уже более точно соотносит воспоминание с определенным моментом своей жизни. Благодаря памяти ежедневно человек отчуждает от себя прошлое, то, кем он был в прошлой жизни. Это специфически человеческое свойство, которого нет ни у одного животного. Образы, запечатленные в этом возрасте, бывают очень стойкими.

Дети младшего дошкольного возраста, как правило, не ставят перед собой задачи запоминания чего-либо, не предпринимают никаких действий, направленных на это [Мухина В. С, 1985]. Нередко репродуцируемые образы носят эйдетический характер.

Старшие дошкольники уже владеют произвольным запоминанием, однако непроизвольное продолжает оставаться у них основным мнестическим процессом. В этом возрасте дети начинают ориентироваться во временных категориях (дни недели и т. п.), что требует участия произвольной памяти.

В препубертатном возрасте дети уже помнят 12 месяцев, могут запомнить памятные даты, идет бурное развитие логической памяти, хотя все еще больший удельный вес занимает механическая. В подростковом возрасте логическая память уже используется чаще, продолжает совершенствоваться.

Подростки и взрослые используют как механические, так и логические приемы запоминания. Их востребованность, соотношение может зависеть от особенностей профессиональной деятельности.

Расстройства памяти

Расстройства памяти объединены термином дисмнезии (греч. dysmnesia, dys — приставка, означающая нарушении функции, mnesis — воспоминание).

Нужно иметь в виду, что в психиатрической литературе встречаются разные толкования этого термина. При расширении границ понятия дисмнезии в него включаются практически все расстройства памяти. В. В. Ковалев считал, что разница между дисмнезией и амнезией состоит лишь в том, что при дисмнезии «нарушения отдельных сторон памяти не столь глубоки». Иногда не делают различий между дисмнезией и гипомнезией [Данилова Л. Ю., 1999]. В. М. Блейхер (1995) полагает, что дисмнезия отличается от гипомнезии «диспропорциональностью в степени выраженности отдельных проявлений ее механизмов либо колебаниями в глубине мнестических расстройств в сравнительно небольшом промежутке времени».

Расстройства памяти представлены на схеме 11.

Количественные расстройства памяти

Усиление памяти называется *гипермнезия* (греч. hypermnesia, «hyper» — приставка, означающая увеличение, «mnesis» — воспоминание). Как правило, усиливается механическая память.

У детей младшего возраста, как указывалось, довольно часто отмечается явление эйдетизма, которое можно назвать физиологической гипермнезией.

Гипермнезия встречается и у некоторых взрослых людей, не являясь патологической. Они могут запомнить на более длительный срок объем инфор-

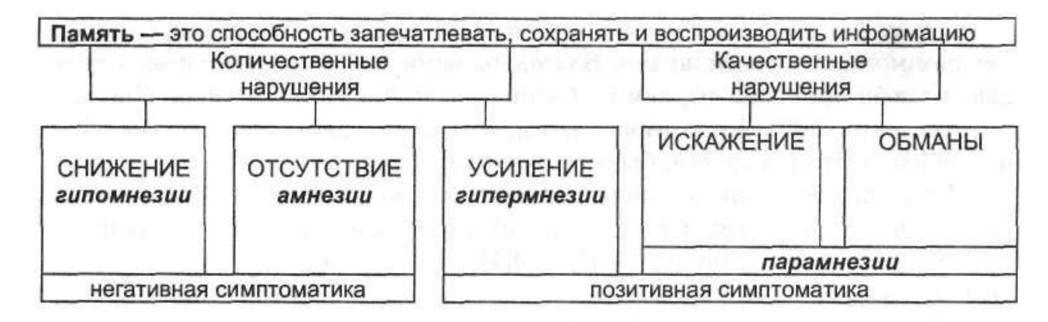


Схема 11. Расстройства памяти.

Схема 11. Расстройства памяти.

мации, превышающий возможности большинства людей. Врожденная прекрасная память может во многом определить выбор профессии. Как правило, она привязана к определенной сенсорной модальности. Например, широко известно наличие феномена зрительного эйдетизма у художника И. И. Левитана, У. Тернера, способных рисовать по памяти пейзажи, аудиального эйдетизма у композитора В. А. Моцарта, запоминающего с первого раза и способного без ошибок воспроизвести большие музыкальные произведения. В этих случаях речь идет о *врожденных гипермиезиях.*

В то же время многие профессии способствуют развитию узко направленной *профессиональной гипермнезии:* актеры способны быстро заучивать большие роли, диспетчеры удерживать в памяти огромное количество необходимой им информации и т. д.

В. А. Гиляровский (1931) отмечал, что гипермнезии могут возникать во время естественного сна. При этом в сновидениях человека фигурируют события, которые в состоянии бодрствования казались совершенно забытыми, например, эпизоды из раннего детства. Вытесненные воспоминания можно восстановить во время гипнотического сна, причем в мельчайших подробностях. Подобные явления можно назвать *гипнагогическими гипермнезиями.*

Уже подчеркивалась связь качества запоминания с интенсивностью эмоционального отношения к запечатляемому материалу. События, связанные с потрясением, утратой, горем или, наоборот, с восторгом, радостью, могут запоминаться на долгие годы во всех деталях и воспроизводиться как произвольно, так и непроизвольно. Можно назвать такие *гипермнезии аффектогенными.* Нередко они сочетаются с интересным явлением *дисамнезии* (греч. dysamnesia, «dys» — приставка, означающая отклонение от нормы; «а» — означает отсутствие; «mnesis» — воспоминание), при котором утрачивается способность забывать неприятные переживания. Они долго хранятся в памяти и спонтанно воспроизводятся.

Среди олигофренов иногда встречаются дети с *компенсаторной гипермнезией.* Они способны механически запоминать большое количество информации, позволяющей им в некоторой степени решать проблемы, возникающие в связи с интеллектуальной недостаточностью. Такие дети могут за счет гипермнезии удовлетворительно успевать в младших классах общеобразова-

тельной школы. Следует сказать, что большинство олигофренов все же имеют сниженную память.

При *гипоманиакальном* и маниакальном состояниях *гипермнезия* характеризуется повышением способности к репродукции. Это сочетается с ослаблением запоминания текущей информации. Одновременно с усилением механической памяти происходит ослабление логической, устанавливается большое количество поверхностных ассоциативных связей по сходству, созвучию. Подобная *гипермнезия* встречается также при *наркотическом* опьянении психостимуляторами и некоторыми галлюциногенами.

Изредка явления избирательной гипермнезии встречаются при заболевании *шизофренией.* Их характеризует нелепость и вычурность.

Пример. Сергей Д., 13 лет, все свободное время проводил у железной дороги, запоминая номера проходивших мимо поездов. Без труда запоминал и мог правильно воспроизвести их спустя 2-3 недели. Объяснить, зачем он это делает, затруднялся.

Гипомнезии (греч. hypomnesia, «hypo» — приставка, означающая уменьшение, «mnesis» — воспоминание) — ослабление памяти или отдельных ее компонентов, провляющееся выпадением каких-то фактов, событий, имен, терминов, дат и т. п. Это один из наиболее часто встречаемых вариантов нарушений памяти. При гипомнезии чаще нарушается воспроизведение информации. Дети оказываются неспособными к избирательному и произвольному воспроизведению известных имен, названий. Дети дошкольного возраста, страдающие гипомнезией, не могут запомнить правил игры, выучить короткие стихотворения для выступления на празднике, пересказать прочитанный рассказ, запомнить свой шкаф для одежды и т. п. У школьников гипомнезия проявляется в виде трудностей усвоения учебного материала. Сниженная способность к произвольной репродукции без подсказки каких-либо слов, фактов довольно часто встречается у детей с резидуально-органическими поражениями головного мозга разной степени тяжести и называется *анэкфорией* (греч. anecforia: «an» — приставка, означающая отсутствие; «ек> — за пределами; «phero» — переносить). Дети, как правило, горько переживают свой недостаток. После того как необходимость воспоминания становится неактуальной, утраченные было сведения непроизвольно появляются в памяти сами по себе.

Гипомнезия часто возникает, как последствие перенесенных нейроинфекций, травм головного мозга в структуре *церебрастенического* синдрома, но не только. В качестве примера можно привести следующее наблюдение.

Пример. Антон С, 8,5 лет. Закончил успешно первый класс. Учился без троек. В конце мая заболел серозным менингитом, тяжесть течения заболевания оценивалась как легкая. В июне был выписан из больницы, «практически здоровым», жалоб не предъявлял. Лето провел на даче. В сентябре, начав учиться, плохо справлялся с заданиями. Пройденный материал прошлого года вспоминал отрывочно, новый усваивал с большим трудом. Мог с трудом выучить стихотворение вечером и не вспомнить утром ни строчки. Переживал свои неудачи, настроение было постоянно сниженным, часто плакал. После проведенного курса лечения память улучшилась. Снова стал учиться без троек.

Нужно подчеркнуть, что у данного больного не было жалоб на повышенную утомляемость, головные боли, головокружения, психосенсорные расстройства, диссомнии, характерные для церебрастенического синдрома. Сочетание затрудненного запоминания с нарушением воспроизведения, с эмоциональными переживаниями по поводу этих расстройств, а также восстановление функции в результате лечения — укладывается в описанный Р. Я. Гол ант и С. С. Мнухиным (1948) *синдром инфантильно-астенических расстройств памяти*. Этот синдром встречается у детей и подростков довольно часто. Важно как можно раньше диагностировать его, так как своевременно начатое лечение является залогом выздоровления.

С. С. Мнухин (1945) отмечал, что подобные нарушения памяти могут развиться у детей на почве алиментарной дистрофии.

Амнезия (греч. amnesia: «а» — приставка, означающая отсутствие; «mnesis» — воспоминание) — полная или частичная утрата способности сохранять и воспроизводить полученную информацию. Это более глубокое нарушение памяти, чем гипомнезия.

Отсутствие воспоминаний у человека примерно до 3-4 лет жизни, то есть до того момента, пока не появляется самосознание, является нормальным явлением и получило в психоанализе название *инфантильной амнезии*.

По объему утраченной памяти различают *фрагментарную (частичную)* и *тотальную (полную)* амнезии. При тотальной амнезии больной не в силах вспомнить ничего за определенный период времени. При фрагментарной амнезии он помнит какие-то короткие, часто не связанные друг с другом эпизоды.

> «А где был я вчера, не пойму, хоть убей,
> Помню только, что стены с обоями,
> Помню, Клавка была и подруга при ней,
> Целовался на кухне с обоими...»
> (В. С. Высоцкий)

Фрагментарная амнезия встречается при обнубиляции, делирии, онейроиде, астенической спутанности, которые могут быть эндогенной природы или экзогенной (травмы, опухоли головного мозга, нейроинфекция, состояния алкогольного или наркотического опьянения и т. п.).

И тотальная, и фрагментарная амнезии могут свидетельствовать о нарушениях сознания, причем тотальная — о более глубоких расстройствах психики (сопор, кома, сумеречные нарушения сознания, аментивная спутанность). Переход фрагментарной амнезии в тотальную говорит об ухудшении состояния больного.

При *фиксационной* (лат. «fixum» — закреплять) амнезии сохраняется память на приобретенные в прошлом знания, но не фиксируются текущие и недавние события.

По характеру развертывания нарушений памяти амнезия делится:

— на *прогрессирующую* амнезию, развивающуюся по закону Т. Рибо [Ribot Th., 1881]. Согласно этому закону вначале утрачивается память на недавние события и только что полученные знания, а затем амнезия последо-

вательно и постепенно распространяется на ранее полученные знания и прошлые события, ухудшается репродукция прошлого багажа памяти;

— на *регрессирующую* амнезию, при которой спонтанно или в результате лечения нарушения памяти подвергаются обратному развитию, и утраченная информация восстанавливается;

— на *стационарную* амнезию, являющуюся стойким по времени, не меняющимся по объему информации дефектом памяти, охватывающим определенный отрезок жизни больного.

По отношению временного периода амнезии к периоду болезни различают:

— *конградиую амнезию* (лат. congrada: «con» — совместно; «gradior» — идти), характеризующуюся утратой воспоминаний на промежуток времени, соответствующий периоду потери сознания или иного болезненного психического состояния, возникающей сразу же после выхода из него. Амнезия на образы, представления и события, возникающие во время сеанса гипнотического внушения и наступающая после соответствующего внушения, называется *постгипнотической;*

— *ретардированиую амнезию* (лат. retardata: «re» — приставка, означающая повторное действие; «tardo» — замедлять), характеризующуюся утратой воспоминаний на промежуток времени, соответствующий периоду потери сознания или иного болезненного психического состояния, возникающей лишь через некоторое время после его окончания;

— *аитероградную амнезию* (лат. anterograda: «anterius» — впереди; «gradior» — идти), при которой отсутствуют воспоминания на период, следующий непосредственно за выходом из состояния психического расстройства, нарушенного сознания;

— *ретроградную амнезию* (лат. retrogdrada: «retro» — сзади; «gradior» — идти), характеризующуюся утратой памяти на события, предшествующие расстройству сознания или иному болезненному психическому состоянию;

— *антероретроградную амнезию,* сочетающую нарушения при двух предыдущих: больные не могут вспомнить как события, предшествующие патологическому состоянию, так и последовавшие за ним.

Амнезия, наступающая неоднократно на ограниченные промежутки времени, называется *периодической* или *эпизодической.* Эта форма приступообразно возникающей ретроградной амнезии была описана В. М. Бехтеревым в 1900 г. Для нее характерна полная сохранность ориентировки больного в месте, времени, собственной личности, но отмечается тягостная утрата памяти на то, что происходило с ним за несколько часов до приступа. По происхождению такие состояния рассматриваются как эпилептиформные и нередко возникают в отдаленных периодах острых органических поражений головного мозга.

К амнезиям следует отнести и *амнестическую афазию* (греч. aphasia: «а» — приставка, означающая отрицание; «phases» — речь), проявляющуюся в забывании названий хорошо знакомых предметов, при сохранении

способности объяснять их функции. Такие нарушения памяти возникают у больных при травмах, опухолях, локализованных в левой височной области. Если у больного в этой области локализован эпилептический очаг, явления амнестической афазии отмечается в виде преходящего послеприпадочного феномена.

У детей и подростков амнезии встречаются довольно часто и могут быть как функциональными, так и органической природы.

Амнезии органического генеза возникают в результате инфекционного или травматического поражения головного мозга. Наблюдаются они при органическом психосиндроме, олигофрении, деменции. При тяжелых поражениях у детей нарушается и фиксация информации, и ее хранение, и репродукция. Ж. М. Шарко [Charcot J. M., 1892] отмечал, что у больных с органической амнезией утраченная информация не восстанавливается при введении их в гипнотическое состояние. При функциональной амнезии это, как правило, возможно.

Функциональные амнезии возникают при невротических, реактивных состояниях, чаще имеют астеническую или истерическую основу. Органических повреждающих факторов, способных привести к амнезии, обнаружить у таких больных не удается.

Истерические амнезии, как правило, обусловлены внутренним сопротивлением больных воспроизведению неприятных для них фактов, событий и пр. Таким образом, истерические амнезии носят кататимный (греч. katathymeo — падать духом, унывать) характер. При этом затруднена лишь репродукция определенных лиц и событий. К. Юнг [Jung C, 1920] называл такую амнезию аутогипнотической, то есть самовнушенной, связанной с вытеснением. В качестве иллюстрации приведем отрывок из истории болезни наблюдавшегося нами пациента.

Пример. Алексей Ш., 18 лет, студент колледжа. К моменту обращения за консультацией в течение года был влюблен в сверстницу Лену, стал с ней близок, подал заявление в ЗАГС на оформление брака. Родители это приветствовали.

5 дней тому назад был в гостях у Лены. Когда она вышла из комнаты, стал целоваться с ее подругой. Внезапно возвратившаяся невеста выгнала их, заявив, что разрывает с Алексеем отношения. Был очень раздосадован. Дома плакал, ничего не объясняя родителям, потом заснул и проспал до вечера следующего дня. Проснувшись, ощущал «пустоту в душе», на вопросы матери о невесте отвечал, что никогда не был влюблен и не знает никакой Лены. На четвертый день мать привела Лену к себе домой. Войдя в комнату и увидев ее, спросил: «Кто это?». Когда Лена заплакала и бросилась к нему на шею, разрыдался и все вспомнил.

Качественные расстройства памяти

К качественным расстройствам памяти относятся *парамнезии* (греч. paramnesia: «para» — приставка, означающая несоответствие, «mnesis» — воспоминание), объединяющие искажения воспоминаний и обманы памяти.

Различают *простые* парамнезии и *ассоциированные.*

Ассоциированные парамнезии тесно связаны с галлюцинаторными и бредовыми переживаниями больных, тогда как простые сами определяют клиническую картину (Е. Крепелин).

К *искажениям* памяти относят:

— *крипномнезии* (греч. cryptomnesia: «kryptos» — тайный; «mnesis» — воспоминание) — нарушения памяти, при которых у больного стерты границы между реально происходившими событиями и увиденным во сне, прочитанным, услышанным, происходившим с другими людьми;

— *редуплицирующие парамнезии* (лат. reduplico — снова удваивать) или *эхомнезии,* описанные А. Пиком [A. Pick, 1901], характеризуются убежденностью больного в наличии двух событий (предметов, лиц), вместо реально существующего единственного. Больные уверены, что одни и те же события происходят по несколько раз. В отличие от феномена «уже виденного» переживания, которые больной испытывает в повторяющихся ситуациях, могут меняться;

— *псевдореминисценции* (pseudoreminiscentia: греч. «pseudes» — ложный; лат. «reminiscentia» — воспоминание), искаженное воспоминание о действительно происходившем факте. Псевдореминисценции, как правило, стабильны, имеют бытовое содержание. Их частным случаем является *экмнезия* (греч. ecmnesia: «ek» — за пределами; «mnesis» — память), при которой стирается грань времени между прошлым и настоящим. Текущие события могут переноситься в прошлое и наоборот. Встречается при сенильных психозах;

— *двойные ощущения,* описанные Ж. Йенсеном [Jensen J., 1868], представляют собой совокупность симптомов:

— *уже виденное* (франц. deja vu), *уже слышанное* (франц. deja entendu), *уже испытанное* (франц. deja eprouve), *уже пережитое* (франц. deja vecu), при которых незнакомые зрительные, слуховые образы, ситуации воспринимаются как испытанные ранее;

— *никогда не виденное* (франц. jamais vu), *никогда не слышанное* (франц. jamais entendu), *никогда не испытанное* (франц. jamais eprouve), *никогда не пережитое* (франц. jamais vecu) — патологические состояния, противоположные предыдущим. Знакомая обстановка воспринимается как чуждая, неизвестная ранее.

Эти симптомы могут отмечаться изолированно или в сочетаниях. Они могут сопровождать неглубокие нарушения сознания, могут возникать как острые состояния перед эпилептическими припадками, могут отмечаться при интоксикациях, в том числе связанных с употреблением токсических веществ или наркотиков с целью опьянения.

Состояния никогда не виденного, никогда не испытанного, никогда не пережитого, при которых окружающее кажется необычным, на все больной смотрит «новыми глазами», бывает трудно дифференцировать с проявлениями аллопсихической деперсонализации. Отличия все же есть. При дереализации ощущение необычности окружающего связано со снижением воспри-

ятия, все кажется блеклым, это вызывает у больного тревогу, растерянность. При феноменах двойных ощущений этого не отмечается.

К *обманам* памяти относят *конфабуляции* (лат. confabulotiones: «con» — приставка, обозначающая связь; «fabulor» — болтать), характеризующиеся замещением пробелов памяти вымышленными событиями, возникающие при тяжелых расстройствах памяти. Конфабуляции у детей и подростков встречаются реже, чем у взрослых. У детей они отличаются сказочным, фантастическим характером, у подростков содержат эротические мотивы. Чаще такие конфабуляции наблюдаются при шизофрении.

ВНИМАНИЕ

Внимание — это избирательная направленность на тот или иной объект и сосредоточенность на нем, углубленность в направленную на объект познавательную деятельность [Рубинштейн С. Л., 1940].

Внимание не имеет своего содержания, но не отделимо от других психических процессов, определяя динамику их протекания. Таким образом, внимание является «сквозным психическим процессом» [Веккер Л. М., 1981]. К. Ясперс (1913) отмечал, что внимание отражает степень ясности и четкости сознания.

Различают *пассивное* или *непроизвольное* и *активное* внимание. Пассивное связано с простым ориентировочным рефлексом, во многом обусловлено свойствами самого объекта (необычность, новизна и т. п.). Активное внимание связано с волевым напряжением, целенаправленным волевым актом. При ослаблении активного внимания усиливается пассивное, и наоборот.

Выделяется также *селективное,* то есть избирательное внимание, включающееся, когда необходимо выявить один сигнал из ряда подобных.

Основные качества внимания: *сосредоточенность (концентрация), объем, распределение, устойчивость* и *переключаемость.*

Сосредоточенность (концентрация) внимания отражает степень сосредоточенности на объекте. Внимание может быть направлено как на внутренние (свои переживания, ощущения, мысли), так и на внешние объекты.

Объем внимания определяется количеством объектов, которые могут быть охвачены вниманием одновременно. Величина объема может меняться в зависимости от значимости для человека содержания материала, на котором сосредоточено внимание, и от умения осмысленно связывать и структурировать материал.

Распределение внимания определяется способностью удерживать в сфере внимания одновременно несколько объектов, совершать одновременно несколько рядов действий и следить за несколькими независимыми процессами, не теряя ни одного из них из поля внимания. Способность к распределению внимания можно улучшить специальными упражнениями и тренировками.

Устойчивость внимания определяется временем, в течение которого сохраняется концентрация внимания. Показателем хорошей устойчивости внимания служит способность раскрывать в объекте внимания различные новые стороны и связи. Устойчивость внимания притупляется при однообразии предметов.

Переключаемость внимания определяется качеством способности произвольно переносить его с одного объекта на другой. Переключаемость во многом зависит от личностных особенностей человека, его темперамента, отношения к объектам и др.

Свойства внимания относительно независимы друг от друга: оно может быть совершенным в одном отношении и плохим в другом.

Развитие внимания

Первое проявление сосредоточенности у нормально развивающегося младенца отмечают уже на 10-12-й день жизни. Доказано, что лицо человека привлекает внимание младенца больше других предметов. На 2-3-м месяце ребенок легко выделяет человека из других объектов и предпочитает его. С пятого месяца жизни особый интерес ребенок испытывает к объектам, способным интенсивно воздействовать на органы чувств: громкая погремушка, яркая игрушка и т. д. Манипулируя с предметами, ребенок уже способен удерживать его в поле внимания. С возрастом эта способность возрастает.

К первому году внимание уже более или менее устойчиво и обладает определенным объемом. На втором году ребенок способен сосредоточенно заниматься интересующим его делом без перерыва 8-10 минут. Начиная со второго года жизни, ребенок уже не только пассивно сосредотачивает внимание, но уже способен активно направлять его на новый заинтересовавший его объект, хотя внимание дошкольников продолжает характеризоваться особенным интересом к новым объектам, эмоционально окрашенным раздражителям, легкой отвлекаемостью и преобладанием пассивного внимания.

Младшие дошкольники часто производят впечатление невнимательных, отвлекаемых, рассеянных. Они сосредотачиваются только при интересной, захватывающей их внимание игре.

У старших дошкольников появляется более устойчивое внимание при выполнении работы, особенно при осознании ее значения, для получения похвалы, при ожидании результата. Это один из признаков готовности к школьному обучению. Однако и в школьном возрасте при выполнении неинтересного задания школьник отвлекается.

г»

Расстройства внимания

Функция внимания может снижаться, отсутствовать, повышаться и искажаться.

Расстройства внимания представлены на схеме 12.



Схема 12. Расстройства внимания.

Количественные расстройства внимания

К количественным расстройствам внимания следует отнести:

— *гипопрозексия* (греч. hypo — приставка, означающая снижение; prosexis — внимание);

— *апрозексия* (греч. а — приставка, означающая отсутствие; prosexis — внимание);

— *гиперметаморфоз* (греч. hyper — приставка, означающая усиление; metamorphosis — превращение).

— *гиперпрозексия* (греч. hyper — приставка, означающая усиление; prosexis — внимание).

Гипопрозексия — нарушение внимания, связанное со снижением способности активно направлять и фиксировать внимание. Часто для обозначения подобных нарушений некорректно используется термин «апрозексия».

Гипопрозексия — довольно распространенное нарушение, проявляющееся в рассеянности (неспособности длительно сосредотачиваться), отвлекаемое™ (частым переходам от одного объекта к другому). Нередко рассеянность сочетается с истощаемостью внимания. При этом в начале какой-либо деятельности больной сосредотачивается удовлетворительно, но по прошествию какого-то времени способность к фиксации снижается, углубленная работа становится невозможной, падает ее интенсивность.

Гипопрозексия встречается часто при астенических состояниях, связанных с тяжелыми соматическими заболеваниями, церебрастениями, а также невротическими расстройствами по астеническому типу.

Гипопрозексия, связанная в основном с повышенной отвлекаемостью, типична для маниакальных больных.

Апрозексия — снижение способности активно направлять и фиксировать внимание.

В 1887 г. был предложен термин «апрозексия» для описания нарушений сосредоточения активного внимания у детей с хроническими ринитами и аденоидами. В настоящее время термин понимается более широко для обозначения грубых расстройств активного внимания независимо от вызвавшей их причины [Блейхер В. М., Крук И. В., 1995].

Способность к пассивному вниманию у страдающих апрозексией еще сохранена, но глубина расстройства приводит больного к полному отсутствию интереса к происходящему. Пробудить этот интерес внешними стимулами, поощрением или угрозой не представляется возможным.

Апрозексия характерна для синдромов нарушения сознания (особенно аменции), для органического поражения лобных отделов мозга со слабоумием, отмечается при апатоабулическом синдроме, при аспонтанно-апатическом варианте атонической формы общего психического недоразвития, при ранней детской шизофрении.

Гиперметаморфоз — неустойчивость, сверхотвлекаемость внимания, приводящая к его практическому отсутствию. Может приводить к непоследовательности суждений, цельной, логической мыслительной деятельности, а в результате к состояниям, близким к спутанности.

Впервые гиперметаморфоз был описан в 1859 г. H. Neuman, который видел в нем самостоятельное заболевание. Позднее K. Wernicke (1859) доказал, что это всего лишь симптом, встречающийся чаще всего при острых экзогенно-органических психозах.

Гиперпрозексия — патологически усиленная концентрация внимания на отдельных предметах, явлениях, мыслях, ощущениях. При этом возрастает *инертность* внимания и *сужается его объем*. Патологически усиленное сосредоточение обусловлено слабостью распределения внимания, оно ограничено лишь объемом, имеющим ситуативную значимость для больного. Он патологически фиксирован на размышлениях о каких-то событиях или виде деятельности.

Гиперпрозексия отмечается у депрессивных больных. При этом их размышления сосредоточены на собственных недостатках, мнимых или истинных несчастьях, переживаниях чувства стыда, обиды и т. д. Сужение объема внимания может быть при тревожном синдроме и при патологических идеях. Патологическая концентрация и трудность быстрого переключения внимания свойственны больным эпилепсией.

Паранойяльные психопаты фиксируют внимание на своем здоровье (ипохондрики), на изобретении (изобретатели), на борьбе за «справедливость» (кверулянты) и т. п. Гиперпрозексия проявляется у них неспособностью переключиться и поговорить на другую тему. Гиперпрозексия может быть связана с неудовлетворенным влечением. При этом все внимание человека сосредоточено на возможностях его удовлетворить, и чем больше напряженность влечения, тем сильнее гиперпрозексия.

Качественные расстройства внимания

Парапрозексия (греч. para — приставка, означающая отклонение от чего-либо; prosexis — внимание) — нарушение внимания, при котором напряженное ожидание блокирует способность вовремя заметить появление нужного объекта [Жмуров В. А., 1994].

Нарушения внимания можно выявить при очень многих психопатологических синдромах. Для лучшего понимания их диагностического значения

необходимо иметь в виду, что истощаемость внимания и его повышенная отвлекаемость чаще свидетельствуют о непсихотическом уровне расстройства, а рассеянность и инертность — о дефицитарном, связанном со снижением интеллекта [Менделевич В. Д., 1997].

ИНТЕЛЛЕКТ

Интеллект (лат. intellectus — понимание) — это сложное интегративное понятие, включающее совокупный умственный потенциал человека и инструменты его реализации, целесообразно используемые для адаптации к жизни.

Интеллект обобщает все познавательные процессы. Не являясь самостоятельной психической функцией [Банщиков В. М. и др., 1967; Меграбян А. А., 1972], он во многом определяет психическое развитие в целом.

В. В. Ковалев подчеркивал неопределенность и спорность понятия «интеллект» и отмечал, с одной стороны, «сугубую условность» выделения интеллектуальных расстройств из группы нарушений познавательной деятельности, а с другой — потребность в этом клинической и дефектологической практики. Он придавал особое значение рассмотрению интеллектуальных нарушений в детском возрасте.

К. Ясперс (1913) сравнивал интеллект с «глубоко укорененным деревом». Он предложил выделять предпосылки интеллекта, багаж знаний и собственно интеллект.

Предпосылки интеллекта включают память, внимание, пространственный гнозис, работоспособность, спонтанность, инициативность, владение речью и пр. Слабость предпосылок интеллекта нарушает интеллектуальную деятельность. Так, человек, не способный сосредоточить внимание на определенном объекте, забывающий слова, быстро утомляемый, не имеет возможности в полной мере использовать свои интеллектуальные возможности.

Багаж знаний представляет собой накопленный в течение жизни запас общих сведений, слов, умений, навыков. Малый объем знаний служит косвенным признаком интеллектуальной недостаточности и, наоборот, большой багаж знаний косвенно свидетельствует о высоком интеллекте.

Однако человеку мало овладеть словарным запасом, иметь набор определенных сведений и фактов. Важно уметь оперировать ими, правильно устанавливать причинно-следственные связи, оценивать жизненную ситуацию и, с учетом этого, принимать оптимальные решения. К. Ясперс подчеркивал, что общий жизненный опыт, проявляющийся знаниями, полученными в процессе удовлетворения спонтанно возникшего интереса или в процессе работы, представляет собой значительно более ценный критерий оценки интеллекта, нежели уровень полученного образования.

Собственно интеллект представляет собой совокупность большого количества многочисленных и разнообразных умственных способностей. Способности — это индивидуальные особенности человека, определяющие его

успешность в овладении знаниями, приобретении тех или иных навыков и умений. Интеллект характеризуется, прежде всего, умением отделять второстепенное от существенного, формировать суждения, делать умозаключения, устанавливать взаимосвязи. Использование умственных способностей позволяет осуществлять взаимодействие с окружающей средой, ориентироваться в ней и соответственно строить свое поведение, ставя определенные цели и достигая их.

Интеллект любого человека характеризуется широтой, глубиной, гибкостью, живостью, самостоятельностью. Особенности сочетаний этих характеристик интеллекта определяют его индивидуальность.

Широта интеллекта определяется способностью охватить большой круг вопросов. *Глубина* интеллекта выражается неоднозначным подходом к решению проблемы, выявлением различных причин явлений, предвидением их последствий. *Гибкость* интеллекта заключается в способности отказаться от шаблонных решений и найти нечто новое, критически оценить свои умозаключения и признать правоту других. *Самостоятельность* интеллекта определяется способностью находить собственные решения и желанием делать это, не поддаваясь постороннему влиянию, не менять без веской причины своего мнения.

Д. Векслер (D. Wechsler) считал, что, оценивая интеллект, необходимо учитывать возраст человека. С его точки зрения, в молодом возрасте при оценке интеллекта большее значение имеет способность к усвоению новых знаний, навыков, а в старшем — больше внимания следует уделять способности использовать жизненный опыт при решении актуальных задач (1949).

Развитие интеллекта

Швейцарский психолог Э. Клапаред (E. Claperede), а затем его знаменитый ученик Ж. Пиаже (J. Piaget) практически отождествляли интеллектуальное развитие ребенка с его психическим развитием (1951).

Ж. Пиаже является наиболее глубоким исследователем изменений интеллекта в онтогенезе. Им было выделено 3 основных периода развития, отличающихся друг от друга функциональным и структурным своеобразием интеллектуальной деятельности:

— период сенсомоторного интеллекта;
— период репрезентативного, конкретного интеллекта;
— период логического интеллекта.

Период сенсомоторного интеллекта (от рождения до двух лет) назван так потому, что ребенок творчески приспосабливается к меняющимся окружающим условиям (важнейший признак интеллекта!), координируя свои движения с образами воспринимаемой окружающей действительности.

Интеллектуальное развитие начинается с применения ребенком рефлексов. Многие из них (например, сосательный рефлекс) видоизменяются под влиянием ежедневных упражнений, приводящим в итоге к формированию

новых навыков. В основе навыков лежат так называемые *первичные круговые реакции* (например, сосание пальца, гуление и т. п.), то есть ряд повторений действий ради самого действия.

Позднее формируются *вторичные круговые реакции,* при которых стимулом к повторению действий являются получение изменений в окружающей среде и связанные с этим новые интересные впечатления. Это означает, что ребенок предпринимает попытки самостоятельного поиска средств достижения цели, что расценивалось Ж. Пиаже как проявления «практического интеллекта».

Третичные круговые реакции характеризуются тем, что, повторяя привычные действия, ребенок каждый раз слегка изменяет их, пытаясь обнаружить, к каким результатам это приведет. Таким образом, ребенок вступает на путь активного экспериментирования и формирования новых схем достижения цели методом проб и ошибок. Эти схемы и обеспечивают организацию конкретных актов взаимодействия ребенка с окружающим миром. Сенсомоторный интеллект позволяет ребенку связать друг с другом последовательно происходящие события.

Период репрезентативного, конкретного интеллекта переживают дети от 2 до 11 лет. Репрезентативным (франц. representation — представление) Ж. Пиаже называет мышление с помощью представлений. Ребенок в этом возрастном периоде уже способен мысленно с помощью конкретных образов и представлений выйти за пределы реального времени и пространства. При этом у него формируется внутренняя схема представлений и связанных с ними действий. Этот период характеризуется концентрацией познавательных интересов ребенка на используемых в обществе словах, других символах, знаках, их значениях. С развитием речи, появлением символических игр, развитием операций мышления связана социализация интеллекта. В этот же период начинают проявляться особенности индивидуальных способностей ребенка, формируются его специальные интересы. Интеллектуальные реакции при этом во многом определяются эмоциональным фоном, характеризуются тесной связью с конкретными проблемами.

Период логического интеллекта (от 11 до 15 лет) характеризуется усвоением сложных абстрактных понятий, развитием логических операций. На их основе дети способны строить свои гипотезы, разделяя на уровне формальных операций форму и содержание. Благодаря этому формируется способность к комбинаторике объектов, отношений. Мышление приобретает экспериментальный характер, возникает возможность составления программ преобразования реальности.

Расстройства интеллекта

Нарушения интеллекта условно можно разделить на *количественные и качественные.*

Количественные нарушения интеллекта могут быть связаны с задержкой темпа его развития, с недоразвитием интеллекта и с его утратой.

Количественные расстройства интеллекта представлены:

— *задержкой психического развития,* связанной с замедлением созревания морфофункциональных систем мозга под влиянием тех или иных неблагоприятных факторов и выражающейся незрелостью психической и психомоторной функций;

— *умственным недоразвитием* или *олигофренией* (греч. oligos — малый, phren — ум), представляющей собой врожденное или рано приобретенное не прогрессирующее нарушение интеллекта, развившееся вследствие повреждения головного мозга до рождения ребенка или в течение первых двух-трех лет жизни;

— *деменцией* (лат. de — приставка, означающая понижение, утрату; mentis — разум) — приобретенным прогрессирующим или стойким слабоумием, развивающимся в связи с утратой уже развитого интеллекта в результате поражения головного мозга.

С девятнадцатого века по степени тяжести различают три формы врожденного слабоумия. В основе деления лежит два признака:

— способность себя обслуживать;

— способность к обучению.

Таким образом, условные разграничения по степени тяжести интеллектуального расстройства опираются, прежде всего, на возможности достижения больными определенного уровня социальной адаптации. Различают снижение интеллекта:

— *дебильность* (лат. debilis — слабый, неспособный) — легкая степень;

— *имбецильностъ* (лат. imbecillitas — бессилие) — средняя степень;

— *идиотия* (греч. idioteia — невежество) — тяжелая степень, то есть практически отсутствие интеллекта.

У олигофренов с нарушениями интеллекта в степени дебильности и имбецильности интеллект снижен. При олигофрении с нарушением интеллекта в степени идиотии он практически отсутствует. При определении тяжести деменции с практической целью используют те же три степени: дебильность, имбецильность и идиотия [Булахова Л. А., 1985; Ковалев В. В., 1995].

Качественные нарушения интеллекта в основном представлены симптоматикой, обусловленной его неравномерным развитием. Чтобы быть оцененными как патологические, эти симптомы должны достичь определенной выраженности и создать такое своеобразие интеллекта, которое нарушало бы адаптацию человека в окружающей среде.

Учитывая интегративный характер понятия «интеллект», целесообразно рассматривать его нарушения в рамках различных видов психического дизонтогенеза (греч. dys — приставка, означающая отклонение от нормы; ontos — существо; genesis — развитие). Психическим дизонтогенезом называют нарушения отдельных психических функций или психики в целом, а также нарушение соотношения темпа и сроков развития отдельных сфер психики и различных компонентов внутри этих сфер, возникающие у детей и подростков в связи с расстройствами созревания структур головного мозга.

Таблица 11

Преобладающие нарушения интеллекта при различных видах психического дизонтогенеза

№	**Виды психического дизонтогенеза**(по Лебединскому В. В, 1985)	**Нарушения интеллектуального развития**
1	Недоразвитие	Интеллектуальное недоразвитие (олигофрения)
2	Задержанное развитие	Задержки интеллектуального развития
3	Поврежденное развитие	Неравномерное интеллектуальное развитие Утрата интеллектуальных функций (деменция)
4	Дефицитарное развитие	Задержка интеллектуального развития Неравномерное интеллектуальное развитие
5	Искаженное развитие	Неравномерное интеллектуальное развитие Специфическая деменция
6	Дисгармоническое развитие	Неравномерное интеллектуальное развитие

Г. Е. Сухарева (1959) выделяла три вида психического дизонтогенеза: искаженное развитие, поврежденное развитие и задержанное развитие. Позднее В. В. Лебединский (1985) описал еще три «вида» психического дизонтогенеза: дефицитарное развитие, дисгармоническое развитие и психическое недоразвитие. Преобладающие варианты нарушений интеллектуального развития, возникающие при различных видах психического дизонтогенеза, представлены в табл. 11.

Расстройства интеллекта представлены на схеме 13.

Количественные расстройства интеллекта

Л. С. Выготский подчеркивал общность законов развития нормального и аномального ребенка. Он выделял симптомы нарушенного развития, связанные с «первичным дефектом», являющиеся следствием биологических особенностей заболевания (например, локальных поражений коры головного мозга), и с «вторичным дефектом», возникающие опосредованно, в процессе дальнейшего развития и социализации больного ребенка.

Он выделял два основных фактора, определяющих тяжесть нарушения психического развития, включая интеллектуальное:

1. Время возникновения первичного дефекта. Чем раньше возникает дефект, тем больше вторичных отклонений в психическом развитии ребенка (например, отсутствие речи у глухих), тем тяжелее нарушения развития.

2. Степень выраженности первичного дефекта. Чем тяжелее первичный дефект, тем грубее нарушения психического развития.

Именно особенности сочетания этих факторов определяют характер нарушений интеллектуального развития ребенка: от легкой, обратимой темповой задержки, до средней и тяжелой степеней олигофрении. Степень тя-

ИНТЕЛЛЕКТ — способность приспосабливаться к жизненным обстоятельствам благодаря умению формировать условные связи высокого уровня, накапливать, систематизировать и сохранять их, а затем использовать в необходимое время для решения новых задач

Количественные нарушения

Качественные нарушения

СНИЖЕНИЕ

ОТСУТСТВИЕ

НЕРАВНОМЕРНОЕ РАЗВИТИЕ ИНТЕЛЛЕКТА

задержка психического развития

олигофрения, деменция

дебильность; имбецильность

идиотия

Схема 13. Расстройства интеллекта.

жести деменции зависит, разумеется, преимущественно от особенностей второго фактора.

Снижение интеллекта

Задержка интеллектуального развития может рассматриваться в рамках задержки психического развития, как вида психического дизонтогенеза.

Задержки психического развития можно относить к нарушениям интеллекта, так как именно незрелость интеллектуальной сферы играет ведущую роль в клинико-психологической структуре расстройства. В то же время следует отметить, что у детей с различными вариантами задержки психического развития отмечается незрелость эмоционально-волевой сферы, во многом обусловливающая расстройства познавательной деятельности.

Задержки психического развития, возникающие в результате временно и нерезко действующих вредностей (психической депривации в раннем детстве, нарушений питания, ухода и т. п.) могут иметь временный обратимый характер и полностью ликвидироваться либо путем ускорения некоторых фаз созревания, либо путем запоздалого окончания развития.

В связи с этим диагноз задержки психического развития следует ставить лишь до выравнивания или компенсации функции. Если этого не произошло, то диагноз задержки психического развития должен быть заменен на диагноз психического недоразвития.

К. С. Лебединская (1982) различает четыре основных варианта задержки психического развития:

1. Конституционального происхождения.
2. Соматогенного происхождения.
3. Психогенного происхождения.

4. Церебрально-органического генеза.

Конституционально обусловленная задержка психического развития отмечается при так называемом гармоническом психофизическом инфантилизме. Причиной его возникновения могут служить психическая депривация, нарушения питания и ухода на первом году жизни. Для таких детей характерен инфантильный тип телосложения. Их эмоциональные проявления соответствуют психическому складу ребенка младшего возраста. В сложных произвольных актах у них преобладает инфантильно-гедонистическая мотивация. Познавательные интересы развиты слабо, при интеллектуальной деятельности они с трудом сосредотачиваются, быстро утомляются, и, в то же время, неутомимы в играх. Конкретно-образное и наглядно-действенное мышление преобладает у них над абстрактно-логическим вплоть до препубертатного возраста.

В благоприятной обстановке интеллектуальная недостаточность с возрастом сглаживается, иногда вплоть до полного исчезновения. В противном случае она сохраняется и способствует формированию патологической личности по неустойчивому типу [Сухарева Г. Е., 1959].

Соматогенная задержка психического развития обусловлена длительными, нередко хроническими соматическими заболеваниями. Дети, страдающие ими, часто воспитываются по типу гиперпротекции, в культе болезни. Вынужденное длительное пребывание в постели дома и в больничных условиях приводит к дефициту впечатлений, тормозит активность, препятствует формированию представлений об окружающем мире. Работоспособность таких детей снижена, круг интересов узок. Общаться они предпочитают не со сверстниками, а детьми младшего возраста. Динамика данной задержки психического развития во многом зависит от течения основного заболевания, а также от своевременной психокоррекционной и психотерапевтической помощи.

Психогенная задержка психического развития возникает у детей, которые с раннего возраста длительное время находятся в психотравмирующей ситуации. Неблагоприятные социально-бытовые условия, гипопротекция, дефицит общения и впечатлений определяют преобладание отрицательных эмоций над положительными, скудный словарный запас, затрудняют формирование навыков. Авторитарность воспитания, жестокое обращение, подавление инициативы обусловливают высокий уровень тревоги, импульсивность, низкую эмпатию, неспособность к волевому напряжению, негативное отношение к труду. Познавательные интересы у таких детей практически отсутствуют. В произвольной деятельности у них преобладает гедонистическая мотивация, морально-этические установки не сформированы. Как правило, этот вариант задержки психического развития сочетается с невротическими расстройствами. Компенсация данного варианта задержки психического развития возможна при изменении микросоциальных условий в результате усиленных психолого-педагогических коррекционных занятий на фоне продолжительной психотерапии.

Задержки психического развития *церебрально-органического генеза* имеют те же причины, что и олигофрения: перинатальная патология, возни-

кающие в первые годы жизни нейроинфекции и другие тяжелые заболевания, сопровождающиеся длительной интоксикацией, травмы головного мозга. Чем старше ребенок, чем более дифференцированы его мозговые системы, тем меньше опасность возникновения их грубого недоразвития при воздействии на них экзогенных факторов. Замедление только темпа психического созревания, а не его грубое нарушение возникает при менее массивном поражении головного мозга.

Этот вариант психического недоразвития отличается от прочих появлением нарушений познавательной деятельности на фоне клинической картины церебрастенического, неврозоподобного, психопатоподобного или эпилептиформного синдромов. При неврологическом осмотре у детей с этим вариантом задержки психического развития можно выявить стойкую резидуальную неврологическую симптоматику, вегетативную неустойчивость [Лебединский В. В., 1985].

В. В. Лебединский выделяет две группы детей с вариантом задержки психического развития церебрально-органического генеза:

1. Дети, у которых нарушения познавательной деятельности определяются, прежде всего, нарушениями эмоционально-волевой сферы (так называемый органический инфантилизм);

2. Дети, у которых нарушения познавательной деятельности связаны в основном с недостаточным развитием предпосылок интеллекта (памяти, внимания, пространственного гнозиса и др.)

Клиническая картина у детей первой группы во многом определяется отсутствием интереса к познавательной деятельности. Их эмоции грубы и примитивны. Фон настроения часто приподнят, при этом дети чрезмерно подвижны, импульсивны, предпочитают однообразные простые подвижные игры с несложными правилами. Организовать с ними игры с более сложными правилами, побудить их к творчеству, как правило, не удается. Попытки обучать их чему-либо вызывают снижение настроения, негативные реакции. Дети не скрывают, что предпочитают игровую деятельность учебной. Не смущаясь, они заявляют о полном отсутствии интереса к учебе и о том, что испытывают большие трудности в усвоении учебного материала. Приступая к выполнению задания, дети обнаруживают нарушения концентрации внимания, повышенную его переключаемость. Нарастающая тревога еще более снижает продуктивность. Их интересует не результат работы, а только ее оценка. Это проявляется в некритичном отношении к оценке своего труда. Получив незаслуженную похвалу, хорошую оценку, дети искренне радуются, рассказывают всем о своем успехе. При исследовании интеллекта дети этой группы лучше выполняют невербальные субтесты. По отдельным вербальным субтестам (например, при проверке словарного запаса) показатели у них очень низкие.

У детей с задержками психического развития церебрально-органического генеза второй группы еще ярче, чем у детей первой группы, выражена церебрастеническая симптоматика. Именно она препятствует формированию активности, инициативы и самостоятельности. Эти дети также могут

отличаться повышенной двигательной активностью, неусидчивостью, но могут быть и пассивными. Нередко у них отмечается расторможенность влечений. Работоспособность, как правило, снижена. Темп выполнения заданий часто замедлен, быстро наступает утомление. Показатели концентрации внимания, оперативной кратковременной памяти снижены. При исследовании интеллекта дети этой группы с трудом выполняют как вербальные, так и невербальные субтесты.

Аналогом задержки психического развития церебрально-органического генеза является минимальная мозговая дисфункция. Нарушения, отмечающиеся при этом варианте задержки психического развития, носят временный характер, если в результате своевременного и грамотного лечения у невропатологов, психиатров, психотерапевтов, грамотных психокоррекционных занятий отмечается компенсаторная и эволютивная динамика.

Аналогом этого варианта задержки психического развития по МКБ-10 является минимальная мозговая дисфункция (ММД).

Дебильность (лат. debilis — слабый, неспособный) (F 70) — это легкая степень умственной отсталости. Она характеризуется примитивностью суждений и умозаключений, недостаточно дифференцированными эмоциями, слабостью волевой сферы. Однако такого больного можно научить обслуживать себя. Он сможет самостоятельно есть, одеваться, усвоить навыки опрятности, пользоваться туалетом. Занимаясь по специальной облегченной программе, он сможет научиться читать, писать, считать, овладеть несложной профессией. В будущем он сможет зарабатывать себе на жизнь, создать семью.

Такие больные в дошкольном возрасте, несмотря на видимую задержку психического развития, часто неотличимы от здоровых детей, так как они в состоянии усваивать простые навыки общения и самообслуживания. Очень важно своевременно, к 6-7 годам, правильно определить для такого ребенка форму обучения. Квалифицированно решает эти вопросы специальная медико-педагогическая комиссия (МПК). Коэффициент умственного развития у них находится в диапазоне от 50 до 69.

Имбецильность (лат. imbecillitas — бессилие) (F 71) — это умеренная умственная отсталость. *У* таких детей мышление замедленно и непоследовательно. Они никогда не достигают даже невысокого уровня развития интеллектуально-мнестических функций, а заметное отставание социального интеллекта требует постоянного умеренного наблюдения за ними, в стрессовых ситуациях оно делается необходимым. Обучение этих детей маловероятно, они почти не могут овладеть школьными знаниями, но способны научиться обслуживать себя и выполнять несложную домашнюю работу. Коэффициент умственного развития у больных с имбецильностью находится в диапазоне от 35 до 49.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) выделяется также тяжелая умственная отсталость (F 72), отвечающая многом критериям, по которым определяют тяжелую имбецильность. У большинства больных этой группы наблюдаются выраженные двигательные расстрой-

ства, связанные с поражением центральной нервной системы. Коэффициент умственного развития у них находится в пределах от 20 до 34.

Детский психиатр должен поставить ребенку диагноз умственной отсталости средней степени или имбецильности годам к трем-четырем.

Отсутствие интеллекта

Идиотия. К годовалому возрасту психиатру уже может быть окончательно ясно, что ребенок страдает *тяжелой степенью умственной отсталости — идиотией* (греч. idioteia — невежество) (F 73), при которой практически отсутствует речь, психические реакции на окружающее.

Часто такие дети имеют сопутствующие заболевания внутренних органов, неврологические нарушения, расстройства зрения и слуха. В связи с этим, нередко, такие больные ограничены в подвижности, не могут овладеть навыками опрятности, страдают недержанием мочи и кала. Таким образом, они не способны обслужить себя и нуждаются в постоянном уходе.

В некоторых случаях в результате постоянных занятий с детьми удается научить их некоторым навыкам самообслуживания. Однако даже эти дети нуждаются в постоянном уходе, наблюдении и контроле. Невербальное и вербальное общение с ними очень затруднено. Многие из них только к подростковому периоду овладевают элементарным словарным запасом, некоторым сделать это не удается. Они практически не обучаемы. Однако при адекватном надзоре и руководстве, грамотном постоянном лечении некоторые из этих наиболее сохранных больных иногда способны принимать участие в элементарных домашних делах.

Коэффициент умственного развития у них ниже 20.

Качественные расстройства интеллекта

Группу качественных расстройств интеллекта можно выделять лишь условно, так как обычно они сочетаются и со снижением интеллекта, то есть с количественными нарушениями. Однако не они, а именно неравномерное развитие интеллекта определяет интеллектуальное своеобразие и связанную с ней интеллектуальную недостаточность у таких больных.

Различные варианты неравномерного интеллектуального развития отмечаются при поврежденном, искаженном, дисгармоническом и дефицитарном видах психического дизонтогенеза.

Неравномерное развитие интеллекта при поврежденном психическом развитии

Неравномерность интеллектуального развития при данном виде психического дизонтогенеза связана со своеобразием мозаичности поражения центральной нервной системы, возникающего у нормально развивающегося до этого ребенка (старше двух лет) под воздействием экзогений (травм, инфекций и пр.). Некоторые психические функции при этом уже хорошо развиты и продолжают свое развитие, другие, в зависимости от локализации и массивности поражения, замедляют свое развитие или оно искажает-

ся. Это приводит к распаду сложных иерархических связей, к изоляции отдельных систем.

Для этого типа неравномерного интеллектуального развития характерна хронологическая связь перенесенной вредности с началом проявлений интеллектуальных расстройств. Клинически у большинства детей с неравномерным интеллектуальным развитием, связанным с поврежденным психическим развитием, отмечаются также эмоционально-волевые расстройства, расторможенность влечений.

Неравномерное развитие интеллекта при дефицитарном психическом развитии

Грубое недоразвитие или повреждение важных функций, связанное с инвалидизирующими врожденными или рано приобретенными заболеваниями, приводит к вторичному неравномерному развитию интеллекта. Первичный дефект, например анализатора (например, аудиального), приводит как к выпадению тесно связанных с ним функций (например, речи), так и к недоразвитию ряда других функций, связанных с ним опосредованно. Возникающие при этом расстройства коммуникаций компенсируются усиленной работой других анализаторов. Нарушение баланса поступления потока информации по различным сенсорным каналам приводит к неравномерности интеллектуального развития. Так, например, при тугоухости нарушается развитие речи, приводящее к задержке формирования словесно-логического мышления при сохранности конкретных форм мышления [Матвеев В. Ф., Барденштейн Л. М., 1975] (цит. по Ковалеву В. В., 1995).

Неравномерное развитие интеллекта при искаженном психическом развитии

Искаженное развитие обусловлено текущим болезненным процессом (например, шизофреническим), нарушающим развитие одних психических функций, ускоряющим другие, вызывающим искажения третьих в результате нарушений на разных этапах развития межфункциональных связей. При этом возникает весьма своеобразная клиническая картина неравномерного интеллектуального развития.

Так, при раннем детском аутизме часто отмечается умственное недоразвитие, неравномерное интеллектуальное развитие и их сочетания.

Неравномерное развитие интеллекта аутичных детей подтверждается результатами психологического исследования интеллекта: они лучше выполняют вербальные субтесты, чем невербальные. Наиболее сложными для них оказались задания, связанные с пониманием «общественных норм жизни». При этом у них, как правило, обнаруживался большой словарный запас, нормальные способности к обобщению, хорошая оперативная память.

Неравномерное развитие интеллекта при дисгармоническом психическом развитии

Дисгармоническое развитие при этом виде дизонтогенеза связано с врожденными или рано приобретенными избирательными нарушениями

некоторых психических функций (эмоций, произвольной деятельности и др.), что и обусловливает диспропорциональность психического развития, в том числе и своеобразие интеллектуального развития. Интеллектуальные нарушения при этом носят преимущественно вторичный характер. Мышление таких больных находится под сильным влиянием аффективной сферы, что приводит к сужению интеллекта, делает его негибким, способствует частому образованию доминирующих и сверхценных идей различного содержания. При обучении в школе таких ребят может отличать повышенный интерес к одним предметам и полное игнорирование других. Сниженная критичность к собственным умозаключениям, переоценка своих интеллектуальных способностей часто сопровождаются обидами на окружающих и конфликтностью в рамках психопатоподобных нарушений поведения. Несмотря на отсутствие умственной отсталости у таких детей, нередко встает вопрос о невозможности обучения их в массовой школе и переводе их на индивидуальную форму обучения. Трудности познавательной деятельности могут преследовать лиц с дисгармоническим психическим дизонтогенезом в течение всей жизни.

В качестве вариантов дисгармонического дизонтогенеза, приводящего к неравномерному развитию интеллекта, по нашему мнению, можно рассматривать случаи, связанные с нарушением созревания корковых механизмов, отвечающих за формирование навыков письма, чтения, счета, с ретардацией речевого развития, а также парциальную задержку развития движений (так называемая, «моторная дебильность» Е. Дюпре [Dupre E., 1910]. Для них характерна недостаточность лишь тех сторон познавательной деятельности, которые тесно связаны с задержанными в своем развитии школьными навыками. Отмечается возможность сглаживания этих парциальных задержек в процессе занятий по специальным программам в речевых школах.

СОЗНАНИЕ

Сознание — высшая, специфически человеческая форма отражения материальной действительности, направленная на познание объективной реальности и представляющая собой совокупность психических процессов. Сознание позволяет человеку ориентироваться в собственной личности, ситуации, месте, времени. Сознание обеспечивает преемственность опыта, единство и многообразие поведения, непрерывность и последовательность психической деятельности. В структуре сознания выделяют:

1. *Предметное сознание* — познание и отражение предметной действительности.
2. *Самосознание* — осознание человеком себя как личности с присущими ей мировоззрением, целями, иерархией ценностей, интересами.
3. *Социальное сознание* — отражение общественных отношений.

Развитие сознания

В онтогенезе сначала возникает предметное сознание, позволяющее ориентироваться в окружающем мире. Ребенок, преображая чувственную данность явлений, чтобы проникнуть в их сущность, охватить тенденцию их развития [Рубинштейн С. Л.. 1957], формирует свой двигательный стиль и образ собственного тела [Никольская И. М., Грановская Р. М., 2001]. С расширением деятельности становится все более напряженной внутренняя эмоциональная жизнь ребенка, он учится отслеживать свои психические реакции на изменения окружающей среды. Переживая собственную уникальность, он как бы возводит границы между своим телом, своей психикой и окружающим миром. У него возникает сознание того, что он отличен от других людей. Таким образом происходит переход от предметного сознания к самосознанию. Развитие самосознания продолжается в течение всей жизни. Ребенок переживает кризисы в три года, в младшем школьном возрасте, в подростковом возрасте. Большую роль проблемы самосознания играют и во время кризиса середины жизни.

Развитие самосознания обусловливает новое отношение к общению с окружающими, стремление ребенка вступления в социальные группы, определения своего места в них. Это способствует развитию социального сознания.

Предметное сознание, самосознание и социальное сознание обеспечивают интегральное единство психики человека, во многом определяют особенности формирования его личности.

Расстройства сознания

С философских позиций все психические расстройства, искажающие отражение действительности, являются расстройствами сознания. Если следовать этому утверждению, все обманы восприятия, встречающиеся у больных, указывают на нарушение у них сознания.

С клинической точки зрения к расстройствам сознания принято относить лишь те состояния, при которых отмечаются следующие признаки нарушения сознания, сформулированные К. Ясперс (1913):

/. *Отрешенность от реального внешнего мира.* Больные едва понимают или не понимают происходящее вокруг них, не могут сосредоточить свое внимание на происходящем вокруг, действуют невзирая на ситуацию.

2. *Дезориентированность* во времени, месте, окружающей ситуации, собственной личности. Она тесно связана с первым признаком.

3. *Утрата связности,* последовательности мышления, делающая поведение непонятным.

4. *Расстройство способности запоминать* происходящие события и последующая полная или частичная амнезия.

СОЗНАНИЕ

количественные нарушения

качественные нарушения

ОГЛУШЕНИЕ
(обеднение):
обнубиляция
сомнолентность
сопор
кома

ПОМРАЧЕНИЕ
(искажение):
спутанность
астения
аменция
сумеречное

ПОМРАЧЕНИЕ
(обманы):
делирий
онейроид

Схема 14. Расстройства сознания.

Условно принято делить нарушения сознания на количественные *(обеднения),* отличающиеся глубиной его утраты, и качественные *(помрачения)* расстройства, обусловленные изменением содержания сознания. Расстройства сознания представлены на схеме 14.

У детей младшего возраста нарушения сознания возникают чаще, чем у старших. Это связано с физиологической незрелостью: высокой раздражимостью и низким порогом возбудимости нервной ткани головного мозга детей. Частота тех или иных форм расстройств сознания в детской клинике зависит как от характера и тяжести заболевания, так и от возрастной фазы развития ребенка [Микиртумов Б. Е., 1988].

Количественные расстройства сознания

К количественным расстройствам сознания относят различные степени оглушенности. При оглушенности снижается уровень бодрствования, повышаются пороги для внешних раздражителей. Это сопровождается снижением интенсивности всех психических процессов, обеднением вплоть до полного исчезновения психической жизни, нарушением ориентировки во времени, месте, окружающей ситуации, собственной личности. Продуктивная психопатологическая симптоматика для количественных расстройств сознания не характерна. У детей и подростков возникновение состояний оглушенности чаще всего связано с черепно-мозговой травмой, с опухолью головного мозга, с интоксикацией (инфекционной, наркотической). При выраженном, массивном воздействии экзогенного фактора у больного может наступать сразу же обеднение сознания глубокой степени. Постепенное нарастание интоксикации может проявляться постепенным нарастанием степени обеднения сознания. В этом случае говорят о стадиях оглушенности.

Различают следующие стадии (степени) оглушенности:

/. *Обнубиляция* (лат. obnubilatio — закрывать облаками) — легкая степень оглушения. Для нее свойственны своеобразные чередования периодов просветления и периодов легкой оглушенности. Эти колебания сознания либо возникают под влиянием внешних стимулов, при отсутствии

которых вновь наступает оглушение, либо связаны с изменениями активного внимания, которое быстро истощается, а потом восстанавливается на короткое время. Ориентировки в ситуации, месте, собственной личности у больного могут быть сохранены, ориентировка во времени, как правило, нарушена. Окружающее воспринимается больным как в тумане. Он выглядит сонливым или спящим. Его можно растормошить и получить ответы на простейшие вопросы (например, «Как зовут?», «Сколько будет дважды два?»). Осмысление более сложных вопросов затруднено, речь замедленна. По выходе из состояния обнубиляции у больного отмечается астеническая симптоматика, воспоминания его фрагментарны, психические функции, как правило, восстанавливаются.

2. Сомноленция (лат. somnolentia — сонливый) — средняя степень оглушенности. Внешне больной напоминает спящего человека. Глаза чаще закрыты, хотя могут быть и открыты, но при этом не фиксируются на объектах. Сухожильные и периостальные рефлексы вызываются с расширенных рефлексогенных зон, повышены. Установить с больным даже кратковременный контакт очень трудно, но возможно с помощью сильных повторяющихся стимулов (болевых, звуковых, световых). Иногда удается добиться односложных ответов на простые вопросы, выполнения элементарных заданий («открой глаза!», «сядь!» и т. п.). По выходе из состояния сомноленции амнезия более глубокая, чем при обнубиляции, часто тотальная. Восстановление психических функций протекает длительное время на фоне выраженной астенической симптоматики.

3. Сопор (лат. sopor — беспамятство) — еще более глубокое обеднение сознания. Больной неподвижен, контакту недоступен. Мышечный тонус у него снижен. Сухожильные и периостальные рефлексы вызываются с трудом, сохраняются рефлекторные реакции на болевой раздражитель, корнеальный, конъюнктивальный и глотательный рефлексы. Могут появиться патологические рефлексы Бабинского, Россолимо, Оппенгейма, Шеффера, орального автоматизма и др. По выходе из острого состояния у больных отмечается полная амнезия, нередко выражен церебрастенический синдром, требующий длительного лечения.

4. Кома (греч. кота — глубокий сон) — это состояние полной утраты сознания. При этом у больного отсутствуют активные движения, мышечный тонус снижен. Его повышение может свидетельствовать об ухудшении состояния в связи с развивающейся децеребрационной ригидностью. Глубокое угнетение центральной нервной системы приводит к значительному снижению или выпадению рефлексов, чувствительности, нарушениям регуляции сердечной деятельности, дыхания. Возникновение комы реально угрожает жизни больного. По выходе из нее всегда отмечается тотальная амнезия, возможно развитие не только церебрастенического, но и психоорганического синдрома, органической деменции.

Чем младше возраст ребенка, тем чаще развиваются у него состояния оглушенности, в том числе и тяжелые, однако серьезные последствия у них встречаются реже, чем у старших детей и взрослых.

Качественные расстройства сознания

К качественным нарушениям сознания относятся синдромы помрачения:
— *делириозный синдром* (лат. delirium — безумие);
— *онейроидный синдром* (гре4.:oneiros — сон, eides — подобный);
— *синдром спутанного сознания:*
  — *синдром астенической спутанности сознания;*
  — *синдром аментивиой* (греч. а — приставка, означающая отсутствие; лат.: mens — рассудок) *спутанности сознания;*
— *синдром сумеречного нарушения сознания.*

Делириозный синдром — расстройство сознания, при котором у больного на фоне бессонницы, нарастающих страха и тревоги возникают многочисленные иллюзии, яркие сложные истинные галлюцинации. Все это приводит к отрывочным бредовым переживаниям, психомоторному возбуждению и нарушению ориентировки больного.

У детей делирий может отмечаться с трех-четырех лет, но у малышей диагностировать его сложно, так как клинические проявления делирия у них стерты, течение абортивно. Причиной делирия в детском возрасте нередко является черепно-мозговая травма, но чаще его возникновение связано с инфекционным заболеванием, протекающим с интоксикацией и высокой температурой. Интоксикацию, сопровождающуюся делирием, может вызвать и передозировка лекарств (например, димедрола). Дети токсикоманы и наркоманы специально употребляют психоактивные вещества (бензин, циклодол и др.), вызывающие нарушения сознания, иллюзии и галлюцинации (часто устрашающие). Алкогольные делирии встречаются у подростков, но, как отмечает А. Е. Личко (1985), чаще при сочетании алкоголизации с употреблением дурманящих веществ.

Принято выделять стадии предделирия, гипнагогического делирия, истинных галлюцинаций, мусситирующего делирия.

Стадия *предделирия* характеризуется аффективными расстройствами в виде тревоги и страха, нарастающих к вечеру. Дети кажутся капризными, так как начинают отказываться оставаться одни, плачут, не хотят ложиться спать, выключать свет. Ребенок боится спать: стоит задремать, как его начинают мучить кошмарные сновидения. Если ему все же удается заснуть, то лишь в присутствии кого-нибудь из родителей. При попытке уйти и оставить его одного моментально следует пробуждение.

Стадия *гипнагогического делирия* развивается на фоне усиливающегося беспокойства, речевого возбуждения. Возникают аффектогенные иллюзии, парейдолии. Засыпание сопровождается гипнагогическими галлюцинациями того же содержания, что и сновидения.

Стадия *истинных галлюцинаций* сопровождается появлением на фоне усиливающегося эмоционального напряжения сложных (зрительных, тактильных, слуховых) истинных галлюцинаций и связанным с этим усилением психомоторного возбуждения. Галлюцинации часто имеют зоотическое содержание (детям мерещатся насекомые, грызуны), а также фантастические и сказочные существа (инопланетяне, покемоны, гоблины и т. п.).

Появление галлюцинаций порождает фрагментарные бредовые переживания. Длительность стадии истинных галлюцинаций варьируется от нескольких минут до нескольких часов, периоды прояснения сознания сменяются обострением состояния.

Стадия*мусситирующего* (лат.: mussito — ворчать, бормотать) *делирия* характеризуется ограничением двигательного возбуждения стереотипными простыми действиями (стряхивание мнимых предметов с одежды, ощупывание белья и т. п.) в сочетании с невнятным бормотанием. Реакции на внешние раздражители при этом отсутствуют.

Стадия истинных галлюцинаций у детей встречается реже, чем у взрослых, а стадия мусситирующего делирия наступает у них крайне редко, как правило, на фоне тяжелого соматического заболевания. Ее возникновение всегда должно расцениваться как крайне неблагоприятный прогностический признак, указывающий на тяжесть состояния. После первой и второй стадии делирия отмечается фрагментарная амнезия. Чем тяжелее делирий, тем амнезия выраженнее, вплоть до тотальной после мусситирующего.

Онейроидный синдром характеризуется отрешенностью больного от окружающей действительности, сопровождаемой непроизвольно возникающими многочисленными сценоподобными ложными галлюцинациями, напоминающими сны. Фантастические, яркие картины сменяются в определенной последовательности и нередко образуют по содержанию единое целое. Ориентировка нарушена частично или полностью в зависимости от тяжести состояния.

Продолжительность онейроидных состояний различна: от нескольких дней и недель у детей до нескольких недель и месяцев у взрослых. Развернутые и длительные онейроидные помрачения сознания диагностируются лишь начиная со школьного возраста. У детей младшего возраста чаще встречается так называемый *ориентированный онейроид.* Для него характерно сочетание правильной ориентировки и ложной. Ребенок говорит, что он находится в больнице, а одновременно видит себя в сказочной стране (двойная ориентировка). При этом часто отмечаются ложные узнавания, при которых соседи по палате, медперсонал принимаются за одноклассников, учителей, родственников.

Причиной возникновения онейроидных состояний чаще всего бывают органические, инфекционные психозы, дебюты шизофрении. Некоторые наркоманы употребляют психологически активные вещества с целью вызвать у себя онейроидные нарушения сознания

Внешне больной в состоянии онейроида напоминает человека, который смотрит интересный фильм. Его глаза открыты, на застывшем лице отражается вся гамма переживаемых эмоций от тревоги и страха до экстаза. Содержание галлюцинаторных образов у младших детей обычно сказочное, у старших — фантастическое (космические полеты), у подростков — эротическое. При возникновении двигательного возбуждения оно, как правило, ограничивается пределами кресла, на котором сидит больной.

Амнезия после выхода из онейроидного состояния в зависимости от его тяжести фрагментарна или тотальна.

Спутанное помрачение сознания встречается в двух вариантах, отличающихся между собой тяжестью течения: *астеническая спутанность* и *аментивная спутанность.* Последние десятилетия аментивная спутанность встречается чаще.

Астеническая спутанность сознания более характерна для детей младшего возраста. Такое расстройство сознания наблюдается часто у детей, ослабленных тяжелыми инфекционными или соматическими заболеваниями. Нарушение сознания возникает на фоне выздоровления и характеризуется значительными колебаниями интенсивности расстройств в течение суток: при нагрузках и к вечеру состояние обычно ухудшается. Проявляется астеническая спутанность в виде кратковременных эпизодов дезориентированной растерянности, может отмечаться симптом ложного узнавания. Установление контакта с ребенком возможно, но быстро наступает психическое истощение. После прояснения сознания отмечается фрагментарная амнезия, длительное время сохраняется астеническая симптоматика.

Аментивная спутанность сознания характеризуется преобладанием в клинической картине бессвязности мышления, речи и движений. Могут иметь место отрывочные бредовые идеи и обманы восприятия. Начинается аменция с тревожного возбуждения, связанного с трудностью осмысления происходящего. Больной при этом выглядит растерянным (аффект недоумения), совершает стереотипные движения, задает одни и те же вопросы, не выслушивая ответов, выкрикивает непонятные слова или фразы, утрачивает простые навыки. У детей младшего возраста аментивные помрачения сознания редки, рудиментарны и кратковременны. У старших школьников аментивное возбуждение может продолжаться неделями. При этом больной не спит, накормить его можно с большим трудом. Среди причин аментивного помрачения сознания можно назвать нейроинфекции, соматогенные психозы. У подростков аментивным помрачением сознания может проявиться острый дебют прогредиентной шизофрении, спровоцированный экзогенным фактором [ЛичкоА. Е., 1985].

По выходе из аментивного состояния обычно отмечается тотальная амнезия, а также церебрастенический, а в неблагоприятных случаях психоорганический синдром с характерными изменениями эмоционально-волевой сферы, нарушениями поведения, влечений, снижением памяти, интеллекта [МикиртумовБ.Е., 1988].

Сумеречное помрачение сознания — это кратковременное, внезапно возникающее, сужение сознания, связанное с ограничением круга переживаний больного, обусловленных не всей ситуацией, а лишь отдельными ее деталями. Общим для всех форм сумеречного расстройства сознания является переживание больными эмоций тревоги и страха, а также наступающая впоследствии полная амнезия.

Принято различать *функциональные* и *органические* состояния сумеречного расстройства сознания.

Функциональные сумеречные расстройства сознания сравнительно неглубоки, часто истерического генеза. При этом симптоматика отражает регресс психики на более ранний этап онтогенеза.

При *пуэрилизме* (лат. puerilis — детский) поведение становится неуместно ребяческим, не соответствующим возрасту: больные демонстративно сосут пальцы, капризничают, играют в игрушки, детские игры, говорят коверкая язык, подражая малышам и т. д.

При *псевдодеменции* (греч. pseudes — ложный; лат. de — приставка, означающая удаление; mentis — разум) поведение больных также внезапно приобретает демонстративные черты, соответствующие младшему возрасту. Возникает временное мнимое снижение интеллекта. Больные становятся дурашливыми. На вопросы они дают нелепые ответы (мимоответы), при решении простых задач совершают грубые ошибки, могут при этом неожиданно выполнить более сложное задание [Wernicke K., 1900].

Пуэрилизм и псевдодеменция часто сочетаются. И при пуэрилизме, и при псевдодеменции можно обнаружить, что симптоматика имеет выраженный рентный характер. После ее купирования у больных, как и при других сумеречных расстройствах сознания, отмечается амнезия.

Органические сумеречные расстройства сознания проявляются в виде так называемых *амбулаторных автоматизмов* (греч. automatos — самодействующий; лат. ambulo — прогуливаться), являющихся эквивалентом эпилептического приступа. Очаг эпилептической активности у таких больных локализуется, как правило, в височной области. Приступы начинаются внезапно. У детей младшего возраста он чаще всего возникает ночью и проявляется в виде *«ночных страхов»*. У детей старшего возраста амбулаторные автоматизмы могут наблюдаться как днем, так и ночью.

Кратковременные амбулаторные автоматизмы называют *трансами* (франц. transe — страх, ужас). Во время транса, длящегося всего одну-две минуты, больной внезапно, будто охваченный ужасом, вскакивает и куда-то бежит, совершая при этом какие-то действия (например, раздеваясь или выбрасывая на ходу все из своего портфеля). У детей подобные состояния иногда возникают ночью. Разновидностью амбулаторных автоматизмов может быть и *сноговорение*.

Фугами (лат. fuga — бег) называют состояния, во время которых больные внезапно утрачивают чувство идентичности и, не имея плана и цели, не испытывая каких-то особых эмоций, пускаются в путь без какой бы то ни было адекватной, психологически понятной причины [Ясперс К., 1913]. От нескольких минут до нескольких часов и даже дней больные бесцельно блуждают по дому или по улице, не реагируя на вопросы окружающих. В целом их поведение может выглядеть целесообразным и упорядоченным.

При *сомнамбулизме* (лат. somnus — сон; ambulo — бродить), являющемся вариантом фуги, блуждание с выполнением привычных действий осуществляется больным во сне.

И транс, и фуга прекращаются внезапно. При этом больные не помнят, что с ними происходило во время приступа.

У детей амбулаторные автоматизмы встречаются чаще, чем у взрослых. При этом, чем младше ребенок, тем примитивнее автоматизированные движения и действия в структуре сумеречного состояния.

У подростков возможны развернутые сумеречные состояния с преобладанием психических нарушений в виде аффективной напряженности, злобности, с психомоторным возбуждением и стремлением к агрессии.

Встречаются сумеречные помрачения сознания в остром и отдаленном периодах черепно-мозговых травм, нейроинфекций, при эпилепсии, при опухолях головного мозга.

Контрольные вопросы

1. Что такое ощущение?
2. Что такое восприятие?
3. Чем отличаются парестезии от сенестопатий?
4. Чем отличаются иллюзии от галлюцинаций?
5. Чем отличаются истинные галлюцинации от ложных?
6. Что такое эмоции?
7. Какие различают эмоции по интенсивности и продолжительности?
8. Какие существуют характерные особенности эмоциональных проявлений в детском возрасте?
9. Какие выделяют группы фобий, возникающих в детском возрасте?
10. Что такое аналитическая депрессия?
11. Что такое произвольная деятельность?
12. Чем простой произвольный акт отличается от сложного?
13. Какие вы знаете мотивы произвольной деятельности?
14. Какие нарушения относят к парабулиям?
15. Какие виды нарушений полового влечения вы знаете?
16. Перечислите виды нарушений пищевого влечения.
17. Какие виды нарушений влечения самосохранения вы знаете?
18. Что такое сенсорная жажда?
19. Что такое мышление?
20. В каком возрасте мышление является преимущественно конкретно-образным?
21. Чем атактическое мышление отличается от бессвязного?
22. Какие вы знаете патологические идеи?
23. Какие существуют формы систематизированного бреда?
24. Что такое память?

25. Какие количественные нарушения памяти вы знаете?
26. Какие качественные нарушения памяти вы знаете?
27. Какие формы амнезии вы знаете."
28. Какие вы знаете парамнезии?
29. Что такое внимание?
30. Чем отличается пассивное внимание от активного?
31. Какие вы знаете основные качества внимания?
32. Что такое гиперметаморфоз?
33. Чем характеризуется парапрозексия?
34. Что такое интеллект?
35. Что такое предпосылки интеллекта по К. Ясперсу?
36. Какие характеристики интеллекта вы знаете?
37. Какие существуют варианты задержки психического развития?
38. Чем олигофрения отличается от деменции?
39. Какие выделяют степени интеллектуальной недостаточности?
40. Что такое сознание?
41. Какие различают стадии оглушенного сознания?
42. Какие вы знаете основные синдромы помраченного сознания?
43. Какие особенности присущи онейроиду в детском возрасте?
44. Какие симптомы сумеречного состояния характерны при истерическом психозе?

Список рекомендуемой литературы

1. *Банщиков В. М., Гуськов В. С, Мягков И. Ф.* Медицинская психология. - М.: Медицина, 1967. - 239 с.
2. *Исаев Д. Н.* Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. — СПб.: СпецЛит, 2001. - 463 с.
3. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М.: Медицина, 1985. — 288 с.
4. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1995. - 560 с.
5. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1985. - 416 с.

6. *Меграбян А. А.* Общая психопатология. — М.: Медицина, 1972. — 288 с.

7. Общая психопатология детского возраста: Учебно-методическое пособие / Под ред. Б. Е. Микиртумова, Б. Г. Фролова. — Л.: Изд-во ЛПМИ, 1988. - 80 с.

8. Справочник детского психиатра и невропатолога / Под ред. Б. А. Булаховой. — Киев: Здоровя, 1985. — 288 с.

9. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С. Ю. Циркина. — СПб.: Питер, 1999. — 752 с.

10. *Ушаков Г. К.* Детская психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1973. — 392 с.



ШИЗОФРЕНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС

Шизофрения — заболевание (расстройство по МКБ-10, шифр F2), протекающее с психотическими симптомами позитивного и негативного регистров, наиболее характерными среди которых являются нарушения ассоциативных процессов, уплощение аффекта и эмоциональная холодность, аутизм и амбивалентность побуждений и поступков («четыре А» Э. Блейера). Этиология заболевания до настоящего времени неизвестна, но считается, что генетические факторы обусловливают сам факт появления и проявления болезни, а симптоматика в определенной мере обусловлена психодинамическими факторами (соотношение этиологических причин и условий).

В 1898 г. немецкий психиатр Э. Крепелин (1856-1926) выделил самостоятельный нозологический класс психических заболеваний, начинающихся в подростковом возрасте под названием «раннее слабоумие» (dementia praecox).

В 1911 г. швейцарский психиатр Э. Блейер предложил термин «шизофрения» (от двух греческих корней: a%√^ω — расщепление и фрпцэ — рассудок, психика), обозначив основной признак этого заболевания — расщепление единства психики.

Шизофрения — термин, заимствованный из немецкого языка. В отечественной психиатрии долгое время существовал термин «схизофрения».

ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Диагноз шизофрении основан на изучении феноменологии болезни, анамнеза болезни и жизни, изучении особенностей семейного контекста, наблюдении за поведением пациента и самоописания больным переживаний.

Основными методами диагностики являются клинический, клинико-биографический, клинико-психотерапевтический и психологический (см. главы 4, 5).

Для диагностики шизофрении у детей следует знать, что у них в клинической картине преобладают симптомы регресса, диссоциативного дизонтогенеза и дизонтогенеза по типу асинхронии [Ковалев В. В., 1995], а также кататонические расстройства. Бредовые расстройства представлены рудиментарно, в виде страхов. В последнее время отмечен факт систематизации бредовых переживаний у детей младшего школьного и младшего подросткового возраста.

Симптомы шизофрении могут быть представлены 6 группами [Дмитриева Т. Б., 1998; Эйдемиллер Э. Г., 2001]:

А. Снижение общего функционирования.

У детей снижается имевшаяся до болезни активность, появляется равнодушие — апатия — к тем видам деятельности, которые ранее вызывали интерес (игрушки, игры, приготовление уроков и др.).

Б. Патологическое изменение содержания мышления.

Стойкие рудиментарные или систематизированные бредовые идеи отношения, преследования, чужих родителей.

В. Расстройства мышления.

Инкогерентность (бессвязность), разорванность, разрыхление ассоциаций, соскальзывания, обрывы мыслей, обстоятельность, эхолалия.

Г. Искажение восприятия.

Галлюцинации — зрительные, обонятельные, тактильные, слуховые и др.

Д. Аффективные изменения.

Обеднение, притупление и уплощение эмоций, эмоциональная холодность, дурашливость, неадекватность эмоций, снижение аффекта, эйфория, мания и др.

Е. Нарушения моторики. Застывание в позах, автоматическая походка, нарушения осанки и позы, нарушения мимики, амимия, стереотипии и др.

По мнению В. М. Башиной (1999) шизофрения, возникающая в период жизни от 0 до 7~10 лет, может рассматриваться по МКБ-10 в рубрике «Общие расстройства развития» (F-4) и подрубрике «детский аутизм» (F-84.0).

Для диагностики шизофрении необходимо соответствие признаков нескольким требованиям:

1. Длительность расстройства 1 месяц и более (по МКБ-10).

Таблица 12

Критерии диагностики шизофрении по Э. Крепелину [цит. по Дмитриевой Т. Б., 1998]

Нарушение внимания и понимания	+
Галлюцинации (в особенности слуховые — голоса)	+
Звучание мыслей (эхо мыслей)	+
Ощущение воздействия на мысли	+
Нарушение течения мыслей, прежде всего непоследовательность, разорванность мышления	+
Нарушение когнитивной (познавательной) функции и способности к суждениям	+
Обеднение аффекта	+
Признаки нарушения поведения	+
Снижение побуждений	+
Пассивная подчиняемость	+
Эхолалия, эхопраксия	+
Агрессивность	+
Кататоническое возбуждение	±
Стереотипия	+
Негативизм	+
Аутизм	+
Нарушения вербального выражения мыслей	+

Примечание: + встречается у детей и подростков; ± может встречаться / не встречаться, невыраженность признака.

Симптомы-критерии по Э. Блейлеру

Основные или функциональные нарушения:	
расстройства мышления (ассоциативного процесса)	+
аффективные нарушения	+
нарушения самовосприятия (деперсонализация, дереализация, нарушения схемы тела и др.)	+
нарушения волевой сферы и поведения	+
амбивалентность	+
аутизм	+
Дополнительные симптомы:	
расстройства восприятия (галлюцинации)	+
бред	+
некоторые нарушения памяти	±
изменения личности	+
изменения речи и письма	++
соматические симптомы	+
острый синдром (меланхолический, маниакальный, кататонический и др.)	±

Примечание: + встречается у детей и подростков; ± может встречаться/ не встречаться, невыраженность симптома; ++ встречается в выраженной форме.

Таблица 14

Критерии по К. Шнейдеру

Симптомы первого ранга	
Звучание мыслей	+
Спорящие и/или обсуждающие голоса	+
Комментирующие голоса	+
Ощущение соматической беспомощности	+
Отчуждение мыслей и другие ощущения воздействия на мышление	+
Передача мыслей на расстояние	+
Бредовое восприятие	+
Другие ощущения, включающие «сделанный» волевой акт, «сделанный» аффект и «сделанные» желания	+
Симптомы второго ранга	
Другие расстройства восприятия	+
Внезапно возникающие бредовые идеи	+
Растерянность	+
Депрессивные и эйфорические изменения настроения	+
Ощущения эмоционального истощения	+
Некоторые другие симптомы	+

Примечание: + встречается у детей и подростков.

2. Набор обязательных симптомов, соответствующих фундаментальным симптомам по Э. Блейеру (E. Bleuler) и симптомам первого ранга по К. Шнейдеру (K. Schneider).

Критерии диагностики шизофрении по Э. Крепелину, Э. Блейлеру, К. Шнейдеру см. в табл. 12, 13, 14.

В населении больных шизофренией 1,1% мужчин и 1,9% женщин. Ежегодно диагностируется 1 новый случай на 1000 населения. Шизофрения наиболее часто возникает между 15 и 35 годами.

Ранее считалось, что начало заболевания в возрасте до 10 лет нетипично, но в последние годы в РФ дебют шизофрении у детей до 10 лет становится все более частым в структуре заболеваемости психозами.

Отмечена повышенная распространенность среди представителей низших социально-экономических групп и одинаковая заболеваемость в различных социально-экономических группах.

Получила подтверждение теория «социального драйва вниз»: больные шизофренией вследствие нарастающих изменений личности имеют тенденцию к постепенному переходу в более низкие социально-экономические слои общества вне зависимости от того, к какому социально-экономическому классу они принадлежали ранее.

ЭТИОЛОГИЯ. ВЗАИМОВЛИЯНИЕ БИОЛОГИЧЕСКИХ, ПСИХОДИНАМИЧЕСКИХ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ ФАКТОРОВ

Этиология шизофрении неизвестна. В силу этого наилучшим образом объясняет этиопатогенез шизофрении модель «стресс-диатеза», согласно которой для возникновения заболевания необходимо наличие как специфической уязвимости индивидуума (диатеза), так и действие стрессора окружающей среды.

Стрессор может быть биологическим — инфекция, интоксикация (алкоголь, гашиш). Но может быть и психосоциальным — конфликты в группах, дисфункция семейного контекста.

Биологическая основа шизофренного диатеза в виде генетической предрасположенности

Собственные исследования, выполненные в рамках диссертационного исследования на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Роль внутрисемейных отношений в развитии психопатий и психоподобных расстройств в подростковом возрасте» [Эйдемиллер Э. Г., 1976], показали, что у 58% подростков с расстройствами личности (психопатиями) наследственность была отягощена различными психическими расстройствами (алкоголизм, психопатии, снижение интеллекта вследствие разных этиологических причин).

У 55% подростков, больных шизофренией, наследственность была отягощена шизофренией и другими психозами.

В 3-й группе подростков с транзиторными непсихотическими нарушениями поведения на фоне акцентуаций личности данные о наследственности значительно отличаются — только у 28% подростков была отягощенная наследственность случаями алкоголизма и расстройств личности.

Шизофренный диатез и риск заболеть шизофренией пропорционален степени родства и количеству заболевших в роду. Заболевают 46% лиц с двумя больными родителями или при наличии однояйцевого сиблинга, причем конкордантность тем выше, чем острее проявления болезни [Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997].

Среди нейрохимических гипотез происхождения шизофрении наибольшее распространение получила концепция гиперактивности дофаминовых систем, что подтверждается в эксперименте тем, что препараты, блокирующие дофаминовые рецепторы, наиболее эффективны при купировании симптомов заболевания.

Нейроморфологические нарушения носят диффузный, неспецифический, дегенеративный характер, не имеющий признаков патогномоничности.

Данные ЭЭГ указывают на повышенную чувствительность больных к сенсорной стимуляции, которая сопровождается торможением переработки информации на высшем корковом уровне [Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997].

Социокультурные и психодинамические факторы в этиологии шизофрении

Г. С. Салливен [Sullivan H. S., 1946, 1953, 1956] предложил свой подход, отличный от подхода традиционного психоанализа, к пониманию природы психических заболеваний — «интерперсонологический». По его мнению, шизофрения у детей является непосредственным проявлением патологических взаимоотношений между детьми и их родителями (родители, по определению автора, — это «значимые взрослые»). Неправильные интерперсональные отношения в системе «значимые взрослые — ребенок» препятствуют установлению примирительной формы реагирования, вызывают у ребенка чувство тревоги (то есть нарушается нормальное развитие того, что Салливен называет «системой-Я»). Больной приходит к нарушенному толкованию интерперсональных отношений («паратаксическое нарушение») и в конце концов может утратить способность к «согласованным утверждениям» — способность убеждать других в обоснованности собственных намерений. Когда тревога усиливается и развивается состояние психотической паники, ранний жизненный опыт, отделившийся от сознания и ставший частью того, что Салливен называет «не-Я», возвращается в сознание в виде символов (психотических симптомов), еще более пугая больного. Основные положения традиционного психоанализа, взгляды Салливена и близкие к ним идеи М. Бубера [M. Buber, 1953], а также положения теории «символического интеракционизма» социального психолога Дж. Мида [Mead G., 1934] явились отправной точкой для С.

Ариети [Arieti S., 1955, 1959], по мнению которого нормальное развитие новорожденного гарантируется двумя основными состояниями: удовлетворением потребности и чувством безопасности. Приученный к тому, что взрослые делают только приятное, ребенок начинает доверять взрослым. Постепенно между родителями — «значимыми взрослыми» — и ребенком устанавливается взаимное доверие (в частности, взаимное доверие матери и ребенка), ребенок усваивает доверие взрослых и начинает верить себе («отраженное утверждение» по Салливену). Эта атмосфера — сначала «удовлетворение», затем «безопасность» — облегчает проникновение в ребенка «символического мира других людей: отношений, чувств, значений исходящих от матери слов». М. Бубер ввел понятия «Я-Ты», соответствующие терминам Салливена «Мне-Тебе», что значит, что без окружающих и доверия к ним не может быть развития «Я» (не может быть «Я» без «Ты»). У будущего больного шизофренией семейная атмосфера такова, что процесс развития «Я» искажается с первых моментов жизни. Состояние удовлетворения и безопасности заменяется ситуацией напряжения и тревоги. Во многих случаях ребенок лишен удовлетворения своих потребностей (эмоциональная депривация) и чувства безопасности. «Ты» в семье больного шизофренией является носителем угрозы и тревоги. Так закладывается шизофреническое расщепление (постоянно проявляющееся неполное приятие «Ты» или социального «Я»), Это «Ты» имеет тенденцию оставаться неинтегрированным или диссоциированным, легко воплощающимся под воздействием стрессовых нагрузок в формы проекции и галлюцинации. Трудности в восприятии «Ты» проявляются у детей в аутизме. Неприятные образы окружающей действительности подавляются сознанием, но всегда с трудом и непрочно. Плохие образы, часто связанные с матерью, приобретая символические формы, всплывают в сознании. Образ собственного «Я» у больного шизофренией также лишен определенности из-за того, что больной чувствует себя отвергнутым обоими родителями и не может отождествить себя с кем-либо из них. Родители, замечая трудности ребенка, порождают вторичную тревогу, усугубляющую его болезненное состояние.

Пример. Справедливость этих утверждений можно проиллюстрировать клиническим случаем. Больной Сергей К., 16 лет. Поступил в психиатрическую больницу с жалобами на страшные образы, которые вопреки его желанию появлялись в сознании: «Внезапно появляется картина, как в кино, в которой я и мать идем по дороге. Навстречу идет взвод солдат, они бросаются на мать, кидают ее на землю, срывают с нее одежду и зверски насилуют. Другая картина — мать попадает под поезд, и я вижу, как колеса кромсают ее тело, льется кровь». Сергей переживает ужас, кричит, мотает головой, бьет ее кулаком с целью изгнать эти устрашающие образы. Такие эпизоды длились до 30 мин, носили насильственный характер и возникали внезапно по нескольку раз в день. Избавиться от них больному не удавалось. Больного консультировал профессор А. Е. Личко и поставил диагноз «шизофрения, синдром навязчивости».

На сеансах семейной психотерапии обращали на себя внимание эмоциональная холодность, стеничность матери, ее стремление подчинять и подавлять мужа и сына. Отец пассивный, молчаливый, не вмешивающийся в дела

семьи. Эмоциональная атмосфера в семье холодная, насыщенная тревогой и переживаниями вины у обоих родителей. У членов семьи не сформирована адекватная полоролевая идентичность. Семья исключила себя из связей с социумом. Мистифицированое восприятие Сергеем окружающего мира и себя, подавленная агрессивность в отношениях с матерью, зависимость от нее — «она воспитала меня уродом и белой вороной, но я не могу ничего сделать» — привели к формиронию именно такой симптоматики.

Лечение нейролептиками не давало положительного результата. Лишь присоединение групповой и семейной психотерапии способствовало ремиссии. Катамнез через 20 лет: работает, одинок, замкнут, без психопатологических расстройств.

Близкой к позиции Г. С. Салливена является концепция К. Хорни и ее последователей [Horney K., 1945], хотя она и отличается большей широтой подхода, привлечением внимания к различным биологическим факторам (теоретическое допущение роли конституциональных предрасположений). Эта концепция базируется на 4 принципах: холистическом, функциональном, динамическом и личностном.

Холистический» принцип сводится к тому, что личность рассматривается в своей интегральной целостности, действующая в определенной среде и под воздействием всех внешних и внутренних факторов, влиявших и влияющих на нее.

Функциональный принцип рассматривает личность как сумму сформировавшихся привычек, поведенческих стереотипов, биологических и социальных потребностей, отношений к себе и окружающим, самооценок и других факторов.

Динамический принцип подразумевает, что каждый из вышеупомянутых элементов представляет собой силу, рожденную человеком и действующую на человека, вызывая ответные реакции, требуя либо действия, либо бездействия.

Личностный принцип — это универсальность и неповторимость бытия каждого больного.

Согласно концепции К. Хорни и ее последователей, определенные нарушения у больного, в том числе конституциональные, межличностной сферы (например, в родительской семье) в сочетании с внутренней предрасположенностью порождают либо невротические, либо защитные психотические реакции. Аутизм у больных шизофренией есть результат холодного отношения родителей к ребенку. Дезорганизованность семейной среды, противоречивость в коммуникациях ее членов затрудняет у детей с наличием определенной предрасположенности к шизофрении способность интегрировать составные элементы своего внутреннего мира и адекватное реагирование психики на импульсы окружающей среды, что сопровождается нарастающей паникой и смятением.

Теоретическое допущение роли некоторых биологических факторов в патогенезе психических расстройств, в частности шизофрении, делает данную концепцию соответствующей нуждам клинической психиатрии.

Признание единого патогенеза как для психозов, так и для болезненных изменений личности (неврозов, аффективных реакций, психопатий и психопатических развитии), считающееся в англо-американской психиатрии

классическим, дало теоретический базис для многочисленных конкретных исследований семей психически больных. Исследования семей психически больных явились результатом осмысления тех данных, которые были накоплены с 30-х по 50-е годы XX века. Именно в этот период появились исследования семейного окружения лиц, страдающих алкоголизмом, преступников, психопатов, больных различными психозами. Исследовали личностные особенности родителей, типы их взаимоотношений, причем поведению родителей в семье и их взаимодействию придавали значение универсального и почти единственного этиологического фактора в возникновении шизофрении. Были введены понятия «шизофреногенной матери» и «шизофреногенного отца». Обследование матерей, дети которых впоследствии заболевали шизофренией, выявляло у многих из них такие черты, как поверхностность, неуверенность, ригидность и стремление к доминированию. С. Ариети приводит характеристики матери больного шизофренией (с чем были согласны многие американские психиатры): сверхпокровительственная, враждебная, сверхтревожная, отвергающая, холодная, сдержанная. Он считал, что в большинстве случаев мать будущего больного шизофренией занимала либо чрезвычайно отвергающую позицию в отношении своего ребенка, либо окружала его излишней тревогой. Об отцах, дети которых страдали шизофренией, было высказано суждение, что они отличались заботливостью и склонностью проводить все свободное время в пределах семьи, но были очень пассивны и оказывались совершенно неспособными вмешиваться в отношения матери и воспитываемого ею (таким образом, принадлежащего только ей) ребенка. Другие авторы, описывая «шизофреногенного отца», наоборот, подчеркивали такие личностные черты, как стремление к командованию, садизм по отношению к ребенку, что считалось компенсацией внутренней слабости и неуверенности. Жена такого мужа отличалась, наоборот, пассивностью, зависимостью. Наиболее полно особенности взаимоотношений в семьях больных шизофренией отражены в исследованиях Т. Лидза (T. Lidz) и его сотрудников, которые проводились в психиатрической клинике Йельского университета. Семья, в которой формировалась личность будущего больного, отличалась тем, что родители не были способны дополнять друг друга и помогать друг другу. В такой семье отсутствовали способность принять общее решение, единство взглядов, взаимное доверие. Для «шизофреногенных семей» оказались характерными соперничество родителей, постоянные угрозы развода и привлечение ребенка на свою сторону в семейных конфликтах. Семья, как правило, распадалась на две враждующие фракции («супружеское расщепление»). Другая ситуация, часто наблюдаемая в семьях больных шизофренией, о которой ранее упоминал Ариети, была обозначена Лидзом как «супружеский перекос» — комбинация властной, враждебной матери, которая подавляет потребность ребенка в самоутверждении, и зависимого, слабого, пассивного отца. Несколько реже встречалась противоположная ситуация: муж-тиран и зависимая от него слабохарактерная жена, неспособная, в силу своей несвободы, дать достаточно любви своему ребенку. Во всех вышеперечисленных работах преморбидная личность больного шизофренией расценивалась как шизоидная, что коррелировало с гиперпротекционистским типом воспита-

ния, подавлением, эмоциональной депривацией. Механизмом «шизофреногенного» влияния семьи на ребенка, гиперпротекций в сочетании с отверганием ранее объясняли такие нарушения сексуальной активности больных шизофренией, как гомосексуализм и инцест. Основным механизмом, приводящим к развитию шизофренического типа реакции, было наличие «двойной связи» в коммуникациях больного с членами семьи. В 1976 г. Э. Г. Эйдемиллер ввел понятие «ригидная, псевдосолидарная семья». В таких семьях происходила социализация более 70% исследованных подростков, больных шизофренией. Эти семьи характеризовались жесткими внешними и внутренними границами, ригидной фиксацией структуры базисных семейных ролей. Эмоциональное сплочение членов семей осуществлялось с помощью тревоги. Большой интерес представляет исследование семей, в которых воспитывались будущие больные шизофренией, параллельно с наблюдением за контрольной группой здоровых лиц и их семейного окружения. В семьях здоровых лиц матери отличались критическим восприятием действительности, реже наблюдалось чрезмерно контролирующее гиперпротективное воспитание детей.

Новый этап исследования семей больных шизофренией, начиная с 60-х годов, характеризовался постепенным отказом от взгляда на семейную среду как на единственный этиологический агент и привлечением данных клинико-генетических, биохимических и эпидемиологических исследований, которые проводились на более значительных контингентах больных и обязательно в сравнении с контрольной группой здоровых лиц, с привлечением статистических методов обработки полученных результатов. Была сформулирована «полигенная теория» шизофрении, объясняющая шизоидные особенности личности больного шизофренией, аутистические установки и продуктивную психопатологическую продукцию сложным взаимодействием генетических и социокультурных факторов, включая семейные. По-прежнему семья, в которой воспитывался будущий больной шизофренией, характеризовалась как замкнутая микрогруппа, членов которой отличают холодность, ригидность, дезинтегрированность отношений, маскируемая псевдосолидарностью, жестким распределением ролей и неудачным взаимодополнением. Но в то же время «псевдосолидарные» отношения внутри семьи считаются вторичным фактором, выявляющим, провоцирующим и модифицирующим конституциональные предрасположения к шизофрении. X. Хайнер и С. Тросторф [Hainer H., 1972; Trostorff S., 1973] обнаружили и у больных шизофренией, и у их родственников тяжелые личностные нарушения — от невротических и психопатических до психотического спектра. Шизоидная личность, воспитывавшаяся в условиях аффективной депривации при стрессовых нагрузках, какими являются начало обучения в школе, половые метаморфозы, начало трудовой деятельности, за счет низкого порога возбуждения и генерализации ответных реакций дает сильные аффекты тревоги и параноидное восприятие окружающего мира.

Исследователи обнаружили, что родители, как правило, последними узнают о развитии психического заболевания у ребенка, а их ирреальные толкования первых симптомов психоза и их ответные реакции способствуют еще большему отходу больного от окружающей действительности. Сторонники биологи-

ческой трактовки этиопатогенеза шизофрении считали, что наиболее плодотворными и многообещающими для построения стройной биологической концепции шизофрении были клинико-генетические исследования родителей, сибсов и отдаленных родственников пробанда, страдающего шизофренией. Как у самого пробанда, так и у его ближайших родственников обнаружены аномалии характера, относящиеся к шизоидному типу. Родители пробанда характеризуются замкнутостью, необщительностью, эмоциональной холодностью, низкой вовлекаемостью в общественные мероприятия, педантичностью и профессиональной односторонней активностью [Видманова Л. Н., 1966; Шендерова В. Л., 1972; Воловик В. М, 1980; Личко А. Е., 1985; Вид В. Д., 1993]. Авторы делают выводы о том, что личностные аномалии шизоидного типа и психозы родственников находятся в генетической связи с психическим заболеванием пробанда («шизофренический спектр»). Вопрос психологического влияния личностных особенностей родителей на формирование личности пробанда рассматривался лишь в самом общем виде и ему придавалось меньшее значение. Л. Н. Видманова, Ю. И. Полищук, В. Л. Шендерова, И. В. Шахматова-Павлова (1966) приводят интересное описание взаимоотношений больного шизофренией и его матери, указывая, что «некоторые матери проявляют почти сверхценное отношение к заболеванию детей одновременно с недостаточным пониманием тяжести психического страдания и оптимистическим отношением к будущему. Такие матери весьма назойливы, предлагают свои приемы и средства лечения, высказывают поразительно наивные, не соответствующие общему уровню их развития объяснения болезненных расстройств». В отличие от психодинамической психиатрии, исследования преморбидных особенностей личности больных шизофренией в отечественной психиатрии проводятся в основном с биологических позиций. При этом особенностям воспитания, непосредственному влиянию личностных особенностей и поведения родителей придается гораздо меньшее значение или эти факторы не рассматриваются вовсе. В преморбидном состоянии больных параноидной формой шизофрении обнаружены сенситивные, астенические, шизоидные черты [Елгазина Л. М., 1958; Гиссен Л. Л., 1965]. На явления инфантилизма психики у детей и подростков, страдающих шизофренией, указывали Г. Е. Сухарева (1937), Т. П. Симеон и В. П. Кудрявцева (1959), В. Я. Плуде (1968). И. А. Шашкова (1970), Л. Г. Пекунова (1974) также обнаружили преимущественно шизоидные черты в преморбидном состоянии больных, причем в ряде случаев было трудно решить, являются шизоидные черты характера результатом процессуальных негативных расстройств или они конституционально обусловлены. Исследования О. П. Юрьевой (1970) и М. Ш. Вроно (1972) позволили этим авторам считать, что конституциональные личностные особенности и собственно симптоматика шизофрении представляют собой единый, генетически связанный непрерывный ряд (continuum) состояний в течении шизофренического процесса.

Большое теоретическое значения для развития, обоснования и широкого применения в психиатрии методов прикладной социологии и психологии имела работа О. В. Кербикова «Микросоциология, конкретно-социологическое исследование и психиатрия» (1965). Автор утверждал: «Нет сомнений

в том, что генез психических болезней во многом социальный..,». Е. С. Авербух (1966) и А. Д. Зубарашвили (1973) подчеркивали значение семейного психологического климата в генезе и проявлениях шизофрении, отмечали влияние личностных особенностей родителей на воспитание детей и на формирование аутистических особенностей их психики. «Симптоматика шизофренического процесса отражает как собственно церебральную патологию, так и вторичные личностные реакции — «специфические и неспецифические» — такова основная идея работы Е. С. Авербуха (1966). Е. С. Авербух (1972) говорил об этиопатогенезе шизофрении на клиническом разборе, используя следующую метафору: «Этиология шизофрении — это пластмассовый круг (грампластинка — прим. ред.), на который будет записана с помощью бороздок музыка клиники шизофрении. Композитором и оператором этой записи будет семья больного. Их отношения.»

А. В. Снежневский (1972), формулируя концепцию «nosos» и «pathos» шизофрении, подчеркивал заслугу Э. Кречмера и других исследователей в том, что те «обнаружили и описали наличие почвы (истоков) в виде шизоидии, латентной шизофрении, на которой под влиянием еще не известных нам условий кристаллизируется в ограниченном числе случаев шизофренический процесс». Можно думать, что одним из таких условий может быть система специфических взаимоотношений в семьях больных. Касаясь проблемы биологического и социального взаимодействия, В. В. Ковалев (1973) трактовал патологическую зависимость страдающего шизофренией ребенка от матери как защитно-компенсаторную реакцию, вызванную дисгармоническим соотношением в онтогенезе явлений психической акселерации и частичной ретардации в психомоторной области. Личностная динамика непроцессуальной природы тесно спаивается в клинической картине с продуктивной и негативной симптоматикой.

Н. М. Залуцкая (2003) показала, опираясь на концепции «диатез-стресса» и «экспрессивной эмоциональности», что нарушение центральных параметров личности родителей больных шизофренией и самих больных с одной стороны, и нарушение коммуникаций в семье — с другой, создают порочный круг этиопатогенеза шизофрении.

В «ригидных псевдосолидарных семьях» подростки, заболевшие шизофренией, достоверно чаще по сравнению с контрольной группой здоровых социально адаптированных подростков росли в условиях патологизирующего воспитания по типу эмоционального отвержения в виде «доминирующей гиперпротекции», «повышенной моральной ответственности» и «жестокого обращения» [Эйдемиллер Э. Г., 1976, 1982].

Охарактеризуем другие направления исследований.

Нарушения мышления у больного шизофренией и семья. В истории изучения шизофрении всегда отмечался повышенный интерес к особенностям познавательных (и прежде всего мыслительных) процессов у больных шизофренией. При шизофрении имеют место нарушения ассоциативных процессов, способности к логическому мышлению, понятийному мышлению, актуализации сведений из памяти [Выготский Л. С, 1932; Зейгарник Б. В., 1958;

Поляков Ю. Ф., 1972; Скобцова А. Л., 1976]. Социально-психологические исследования показывают огромную роль семьи в формировании и развитии мышления ребенка. Основную роль при этом играет общение с ребенком родителей, которые направляют формирование мыслительных навыков, демонстрируют правильное мышление. В общении с родителями ребенок учится использовать свое мышление для освоения окружающей действительности и решения разнообразных проблем. Понятно, что исследователи стремились выявить влияние семьи больного шизофренией на возникновение и развитие мыслительных процессов, в частности ее роль в появлении нарушений мышления, характерных для шизофрении. Проведенные за последние десятилетия исследования показали, что условия жизнедеятельности такой семьи затрудняют формирование у ребенка особенностей мышления, которые характерны для здоровых людей, и способствуют нарушениям, которые характерны для больных. Противоречивы коммуникационные отношения родителей с ребенком. Речь идет прежде всего об интеллектуальной противоречивости — чаще всего о требовании родителей к ребенку, противоречивом и потому в действительности невыполнимом, но его противоречивость оформлена так, что не опознается ребенком. Такое отношение получило название «двойной связи» Бейтсона. По мнению Бейтсона, при этом возникает психологическое состояние, близкое к тому, которое изучалось И. П. Павловым в известном опыте: подопытная собака оказалась не в состоянии различать весьма похожие между собой по форме, хотя и различные по значимости круг и эллипс — состояние мыслительного, а затем и общепсихического «срыва». Родитель больного шизофренией нередко упрекает его в холодности и одновременно в неумении сдерживать проявления своих чувств [Bateson J., 1956].

Ребенок в этих условиях постоянно чувствует себя сбитым с толку, не обнаруживает логики, закономерности, развитие его мышления затруднено. Нарушениям мышления, характерным для шизофрении, способствует и нелогичность, парадоксальность взаимоотношений в семье. Семья — это тот участок действительности, в котором ребенок должен разобраться в первую очередь. От него требуется понять взаимоотношения в семье, требования друг к другу ее членов и на этой основе строить свое собственное поведение. Семьи больных шизофренией тем и отличаются, что в их поведении нет ясной, доступной пониманию ребенка, логики. Важное явление, отмеченное другим видным исследователем, Л. Уинном [Wynne L., 1958], — это характерные для этих семей «псевдоотношения»: «псевдовзаимность» и «псевдовражда». Для «псевдоотношений» характерно противоречие между провозглашаемыми ролевыми требованиями и тем, какое поведение в ответ на эти требования ожидается в действительности. В результате складывается ситуация, когда средства, обычно используемые семьей для того, чтобы помогать ее членам строить свое поведение в соответствии с требованиями семьи (вербальные указания, санкции и др.), в семье больного шизофренией вводят его в заблуждение, затрудняют «улавливание» последовательности семейных взаимоотношений. Алогичность, противоречивость действительности, с которой сталкивается ребенок в своей семье, становится тормозом в развитии его мышления, которое только

и может развиваться, познавая закономерности окружающей действительности и используя эти знания для ее освоения. Другой источник «алогичности» семейных отношений в семьях больных шизофренией описан известным английским исследователем Р. Лаингом [Laing R., 1965]. Он назвал его «мистификацией» в семейных взаимоотношениях. Для таких семей характерно, что их члены вводят друг друга в заблуждение относительно мотивов своих и чужих поступков. Мать говорит ребенку, который мешает ей своей веселой игрой: «Ты уже устал и хочешь идти спать». По Лаингу, это пример «мистифицирующего» высказывания. Мать «вытесняет» эмоциональный опыт ребенка, заменяя его своим, «мистифицирующим». «Мистификация» встречается в той или иной мере в любой семье, но она особенно выражена и фиксирована как раз в семьях больных шизофренией. На объяснение нарушений мыслительных процессов при шизофрении в значительной мере нацелены исследования представителей миланской школы М. Сельвини-Палаццоли [Selvini-Palazzoli M., 1978]. Усилия их направлены на изучение явления, которое они обозначают термином «парадоксальная игра». Структура взаимоотношений в семье больных шизофренией во многом аналогична игре,. правила которой таковы, что обе стороны очень заинтересованы в выигрыше, но ни одна в действительности не может выиграть. На эту абсурдную ситуацию члены семьи реагируют абсурдными действиями, закрепление которых в качестве навыка мышления, восприятия и поведения в значительной мере содействует нарушениям мышления. Длительная семейная психотерапия, получившая название «контрпарадокса», приводит к положительным результатам.

Личностно-эмоциональные нарушения при шизофрении и семья. Характерная особенность нарушения личности при шизофрении — это «аутизм, отрыв от реальности, нарушение единства переживаний, эмоциональные расстройства в виде побледнения аффекта, его неадекватности, амбивалентности» [Сухарева Г. Е., 1974]. Роль семьи в формировании правильных взаимоотношений ребенка с действительностью, а также его адекватных реакций на разные явления действительности широко признана. Во взаимоотношениях с родителями во многом формируется активность ребенка, его стремление и умение решать возникающие проблемы. Изучение родителей лиц, больных шизофренией, показывает, что характерный для них стиль воспитания отрывает ребенка от реальности, парализует его активность. В таких семьях встречается ярко выраженная потворствующая гиперпротекция. Этот тип взаимоотношений отнимает у ребенка проблемы, необходимые для его развития, для освоения приемов их решения. Другой относительно часто встречающийся тип взаимоотношений — контроль, подавляющий активность и самостоятельность ребенка. Нередко мать и отец не помогают ребенку в решении встающих перед ним проблем, а лишь подвергают критике любые его попытки так или иначе решить их. Г. Панков [Pankow G., 1968] пишет о «шизофреногенной матери», «ребячливой матери», которая ожидает от своего ребенка материнского отношения к себе. Типы отцов больных шизофренией описаны Лидсом, Паркером и Корнелисоном [Lidz Th., Parker B., Cornelison A., 1956]:

1) отцы, предъявляющие нереальные требования женам и в борьбе с ними стремящиеся создать коалицию с детьми;

2) отцы, соперничающие с сыновьями в борьбе за внимание жены и влияние на нее, активно стремятся подорвать уверенность сыновей в себе;

3) отцы, одержимые идеями величия, чаще всего неудачники, не имеющие никакого авторитета в семье и полностью подчиняющиеся женам.

Проведенные исследования показывают, что семья больного шизофренией, как правило, содействует нарушениям его личности, формированию таких неблагоприятных изменений, как аутизм, амбивалентность взаимоотношений с окружающими, непоследовательность и противоречивость представлений о самом себе.

В то же время надежды на то, что будут выявлены факторы, имеющие определяющее значение в формировании шизофрении или хотя бы некоторых ее форм, не оправдались. Во-первых, описанные нарушения семьи, взаимоотношений родителей и детей типичны не только для тех семей, в составе которых имеются больные шизофренией — они же встречаются и в семьях больных неврозами, при расстройствах личности и др. Отличие семей больных шизофренией не столько в качественной, сколько в количественной выраженности описанных нарушений отметил И. Аланен [Alanen Y., 1964]. Во-вторых, проводившиеся в те же годы генетические, эпидемиологические, биохимические исследования при шизофрении, успехи ее лекарственной терапии доставляли все новые свидетельства того, сколь важную роль в ее этиологии играют биологические факторы. Все это обусловило определенное снижение интереса к исследованиям семейной этиологии шизофрении. На смену активному интересу к этим вопросам в 30-50-е годы пришел период спада в 60-е годы. Затем вновь возрос интерес к проблеме «семья и шизофрения».

Реорганизация и оздоровление ближайшей социальной среды пациента. Психическое заболевание одного из членов семьи (особенно такое серьезное, как шизофрения) оказывает неблагоприятное воздействие на семью. Общие направления этого воздействия были уже подробно рассмотрены выше — это нарастание нервно-психического напряжения в семье, отрицательное мотивационное воздействие личности и поведения больного на других членов семьи, нарушение семейных взаимоотношений (в частности, возникновение в них «функциональных пустот»), снижение социального статуса семьи в целом и ее членов, чувство вины, тревоги, неудовлетворенности в семье. Неблагоприятно и воздействие семьи на больного шизофренией. Взаимоотношения в семье нередко еще до заболевания значительно нарушены, в связи с этим необходима работа со всеми ее членами. Направления этой работы в основных чертах были рассмотрены ранее. Это обеспечение более глубокого понимания членами семьи психологических особенностей пациента, усиления семьей своего влияния на него (нахождение «подхода»), мотивационной перестройки, обеспечение помощи социального окружения и организация сотрудничества с медицинскими работниками. Именно от того, в какой мере семье удается решить эти проблемы, в конечном счете зависит, какое влияние окажет на данную семью заболевание одного из ее членов. В од-

ном случае оно приведет к сплочению семьи, к концентрации ее активности (конструктивное развитие), в другом — к ослаблению ее сплоченности, нарастанию конфликтности взаимоотношений (деструктивное развитие).

Деструктивное развитие семейных взаимоотношений проявляется в искажении картины болезни у больных и членов их семей, в нарастании конфликтности, в игнорировании признаков болезни [Костерева В. Я., 1978]. О двойственности реакции семьи на появление в ней больного (то есть о возникновении либо конструктивного, либо деструктивного развития) свидетельствуют исследования, где показано, что, реагируя на болезнь, семья либо консолидируется и создает условия, благоприятствующие ремиссии, либо внутри ее происходит раскол, который приводит к изоляции больного.

Одна из наиболее распространенных форм работы — это группа, включающая членов семьи больного, в частности, родительская группа. Многие авторы указывают на значительный эффект, который дает психотерапевтическая работа с членами семьи пациента. Интересен опыт исследователей, работавших под руководством В. М. Воловика (1983): они создавали смешанные родительские группы, в которые могли также включаться здоровые супруги. Такие группы, условно называвшиеся «родительскими собраниями», включали 8-10 человек, занятия проводились в среднем 2 раза в месяц. Основные вопросы, обсуждавшиеся в такой группе — это понимание семьей состояния больного, оценка его возможностей, динамика отношений внутри семьи и с внесемейным окружением в связи с психическим заболеванием члена семьи. Значительный опыт работы с такими группами имеется и за рубежом. Известные швейцарские психиатры и психотерапевты в своем исследовании так характеризуют динамику подобных групп: «Группа родственников, которая вначале имела трудности, обнаруживает развитие, сходное с группой пациентов. Вначале родственники были склонны видеть множество недостатков у больных членов семьи. Однако постепенно они оказывались в состоянии увидеть свою собственную недоверчивость по отношению к больным, склонность к гиперопеке, затрудняющую развитие пациента, «двойную связь» в коммуникациях с ним и т. п. Родственники переставали скрывать свои проблемы, постепенно формировалась атмосфера сплоченности, взаимного доверия и поддержки. Родственники оказывались в состоянии говорить о трудностях контакта с пациентами, а также о собственных психологических трудностях, которые возникли в связи с болезнью члена их семьи».

В настоящее время большую популярность получила среди исследователей и семейных психотерапевтов шизофрении концепция «экспрессивной эмоциональности» (ЭЭ) — «expressed emotions».

В семьях больных шизофренией отмечается специфический стиль поведения родителей, устойчиво характерный для них как в момент создания семьи, так и в момент рождения ребенка, который в будущем заболеет, но заметно усиливающийся при заболевании ребенка: подавление спонтанности, безоговорочное подчинение лидеру семьи (часто матери), переживание отчаяния и стеничности, которые сопровождают усилия членов семьи по преодолению болезни, восстановлению его здоровья, нарастание вторичной тревоги у членов

семьи и чувства вины, хаотические неконструктивные поиски выхода из сложившейся ситуации.

Способами родителей совладать с болезнью ребенка являются доминирующая гиперпротекция, критика его поведения, агрессия в виде побоев, обращение к религии, различным сектам, тягостные конфликты и ссоры в его присутствии [Эйдемиллер Э. Г., 1976, 1978; Levy D., 1934].

Современные аналитические концепции усматривают в качестве этиологического фактора нарушенные отношения больного с родителями в возрасте от 0 до 3 лет.

Результатом этих отношений является симбиоз с матерью и невозможность своевременного освобождения ребенка от этих отношений.

Симбиотические отношения являются естественными в жизни человека только в двух ситуациях:

1) физиологический и психологический симбиоз с матерью ребенка от О до 1-2 лет;

2) психологический симбиоз супругов в момент их выбора друг друга и создания супружеского союза.

В этих ситуациях любовь лежит в основе симбиозов.

В других симбиотических отношениях, в частности, ребенка, больного шизофренией, и его матери, теснота эмоциональной принадлежности друг другу обусловлена взаимным эмоциональным отвержением и недоверием, вследствие чего личностное развитие и ребенка, и родителя является искаженным [Эйдемиллер Э. Г., 2001].

Вследствие непреодоленной симбиотической зависимости у больного шизофренией закладывается недостаточная автономность личности, низкая самооценка, коммуникативные нарушения, психологическая ранимость. Слабость «Я» отражает нарушенную способность воспринимать окружающее в соответствии с реальностью, не искаженной инфантильными установками и психологическими защитами.

Вследствие этого формируется дефицитарная интеграция перцептивного, когнитивного и эмоционального опыта.

В более позднем возрасте (постэдипальном, подростковом периодах жизни, периоде зрелости) под действием пусковых факторов — социально-психологических стрессоров, в частности, семейных, дефицитарная интеграция опыта перестает исполнять функцию условной патологической адаптации, эмоционально-коммуникативная ранимость обостряется и манифестируют психотические симптомы.

Стиль ЭЭ коррелирует с более частыми рецидивами и утяжелением клинической картины шизофрении.

Психологическая коррекция ЭЭ в рамках семейной психотерапии приводит к стабилизации ремиссии заболевания.

Наиболее частыми и типичными коммуникативными нарушениями в семье больного шизофренией, которые могут выступать в роли стрессоров, являются:

1) хаотичная смена поощрений и наказаний;

2) доминирующая гиперпротекция, основанная на эмоциональном отвержении;

3) хаотические смены эмоциональной близости и дистанцирования;

4) «двойная связь» — вид искаженной коммуникации, когда индивид получает два противоречивых послания, причем ему трудно вскрыть их противоречивость и реакция индивидуума предопределена.

Пример двойной связи:

К молодому человеку, который выздоравливал в психиатрической больнице после приступа шизофрении, пришла его мать. Когда он обнял ее, она напряглась. Когда он отдернул руку, она спросила: «Ты меня больше не любишь?». В ответ он вспыхнул, тогда мать сказала: «Дорогой, нельзя так смущаться и бояться своих чувств». После обмена репликами пациент выглядел очень расстроенным, а потом напал на санитарку. В этом случае, по мнению Г. Бейтсона, есть все признаки «двойной связи». Мать была напугана близостью с сыном, но не смогла распознать свои эмоциональные импульсы. Внешне она вела себя как любящая мать. В таких семьях обычно нет сильного, уверенного в себе мужчины, который мог бы сыграть роль все понимающего отца, способного поддержать ребенка;

5) «псевдовзаимность» [Уинн Л., цит. по Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999], которая ограждает членов семьи, испытывающих трудности, так называемым «резиновым забором», который позволяет членам семьи избегать обсуждения характера взаимодействия, расхождений во мнениях, конфликтов, сомнений в компетентности родителей, обволакивая и захватывая пространство семьи. Кроме этого, «резиновый забор» блокирует связи семьи с внесемейным окружением, вследствие чего нарушается обмен информацией и энергией [Пригожий И., 1992];

6) «расщепленный брак» («marital schizm» по Т. Лидзу). Между родителями выраженный открытый конфликт, по существу, это развод. В семье происходит борьба за власть над ребенком, попытки привлечь его на свою сторону;

7) «супружеский перекос» или «перекошенный брак» («marital skew» по Т. Лидзу). В этой ситуации один родитель доминирует и осуществляет гиперпротекцию ребенка, другой родитель пассивен и устранен от решения семейных проблем.

Семья стала рассматриваться не как первопричина заболевания, а как фактор, влияющий на течение болезни. В центре внимания оказались очень важные с практической точки зрения вопросы о роли семейных факторов в обострении заболевания, а также в реабилитационном процессе. В первую очередь следует отметить работы отечественных авторов [Кабанов М. М., 1978, 1985; Костерева В. Я., 1978; Горбунова Л. Н., 1981; Ломаченков А. С, 1981; Коцюбинский А. П., Зайцев В. В., 2003]. Было показано, что семейные взаимоотношения являются существенным фактором эффективности восстановительной терапии больных шизофренией. Важное место в понимании механизма воздействия семьи на процесс эффективного лечения шизофрении занимает ранимость, повышенная чувствительность больного к широкому кругу психотравмирующих факторов [Смулевич А. Б., 1987]. Наличие в семье

больного шизофренией предъявляет повышенные требования к ней. Нередко вполне переносимые для любой другой семьи кризисы, противоречия, конфликты в семье больного шизофренией могут стать фактором психической травматизации.

Обобщение собственного клинического и психотерапевтического опыта, а также данных литературы позволило нам составить схему основных звеньев этиопатогенеза шизофрении (см. схему 15).

1. С-I — первичная социализация, осуществляемая институтом семьи от рождения ребенка и по мере его взросления.
2. С-Н — вторичная социализация, осуществляемая внесемейными институтами в возрасте от 6 лет и старше.
3. Блок-1 — «Конституционально-биологические факторы» (особая наследственность, биологическая уязвимость и др.).
4. Блок-П — «Тип дизонтогенеза» (асинхрония).
5. Блок-Ш — «Особый контекст семейных отношений». Более 70% детей и подростков, больных шизофренией, выросли в семьях, которые мы назвали «ригидная псевдосолидарная семья». Структура семейных ролей ригидна, а сплочение членов семьи происходит на аффекте тревоги и страхе окружающих [Эйдемиллер Э. Г., 1976, 1982]. Доминантный родитель поддерживает с ребенком симбиотическую связь. Дети получают воспитание по типу эмоционального отвержения в виде доминирующей гиперпротекции, повышенной моральной ответственности и жестокого обращения [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999].
6. Блок IV — «Преморбидные особенности личности»:
   а) нарушение когнитивной сферы и сферы восприятия — ирреальность представлений, мистификация действительности, актуализация латентных признаков и др.;

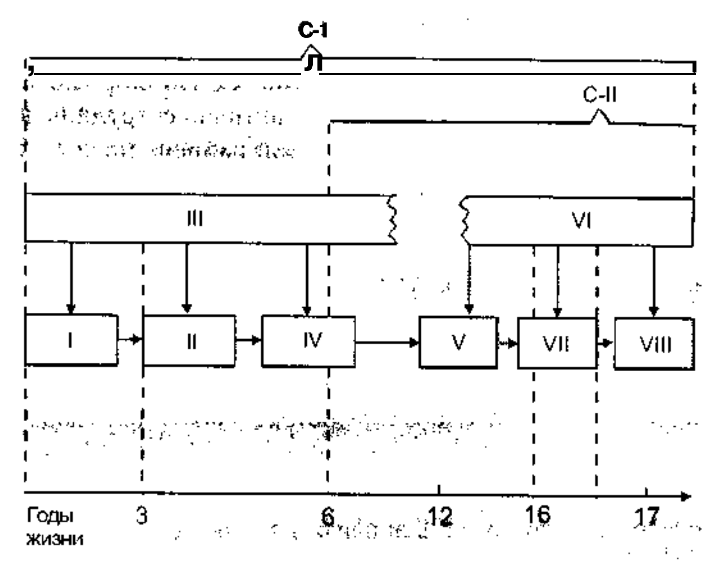


Схема 15. Схема этиопатогенеза шизофрении.

б) искажение эмоционального опыта — холодность, амбивалентность;
в) аутизм.

7. Блок V — «Формирование психологических личностных конфликтов».
8. Блок VI — «Продолжающиеся семейные и внесемейные стрессы».
9. Блок VII — «Дебют клинических проявлений шизофрении»:
   а) формирование симптомов;
   б) формирование и фиксация ригидных механизмов психологической защиты — аутизм, ограничительное поведение, интеллектуализация, психотическая проекция, реактивные образования, психотическое отрицание и др.
10. Блок VIII — «Невротическая фиксация психопатологических расстройств по типу вторичной или третичной условной выгодности».

Повышение социальной компетенции пациента в решении разнообразных социальных ситуаций, способности адекватно выражать свои чувства, успешно коммуницировать — это основные цели, которые преследуются в ходе семейной психотерапии. Для лечения больных шизофренией используются «психопедагогическая модель семейной психотерапии», разработанная К. Андерсоном [Anderson C, 1985], и семейная психотерапевтическая «психообразовательная программа», созданная группой польских психотерапевтов Б. Биго [Bigo B., 1986]. Наш опыт свидетельствует о том, что наиболее эффективно применение семейной психотерапии на завершающих этапах выхода индивида из острого состояния. На первых лее этапах показана осторожная («щадящая») индивидуальная психотерапия. Индивидуальная психотерапия, восстановление способности пациента к межличностному контакту создают предпосылки для семейной или групповой психотерапии. Выбор в значительной мере зависит от состояния семьи: чем менее напряжены или конфликтны взаимоотношения в ней, чем менее характерны для нее описанные выше неблагоприятные явления («двойной связи», «мистификации» и др.), чем больших успехов членам семьи больного удалось достичь в «родительских группах», тем предпочтительнее семейная психотерапия. Семья, хорошо знающая пациента, понимающая сущность его болезни, активно сотрудничающая с врачом, — хорошая социальная среда, в которой пациент может опробовать и развить способности, приобретенные в ходе индивидуальной психотерапии. В противном случае после индивидуальной психотерапии предпочтительнее групповая.

Подытоживая сказанное, можно утверждать, что в настоящее время преобладающими теориями, объясняющими этиопатогенез шизофрении, являются полигенные (полиэтиологические). В основе их лежит «диатез-стрессовая» модель заболевания, включающая в себя 3 компонента: 1) биологическую реактивность; 2) агрессивность/протективность окружающей среды; 3) усвоенные в процессе индивидуального развития способы реагирования больного на различные стрессовые ситуации [Коцюбинский А. П., Зайцев В. В., 2003].

Схематически «диатез-стрессовую» модель заболевания можно выразить следующим образом (см. схему 16).

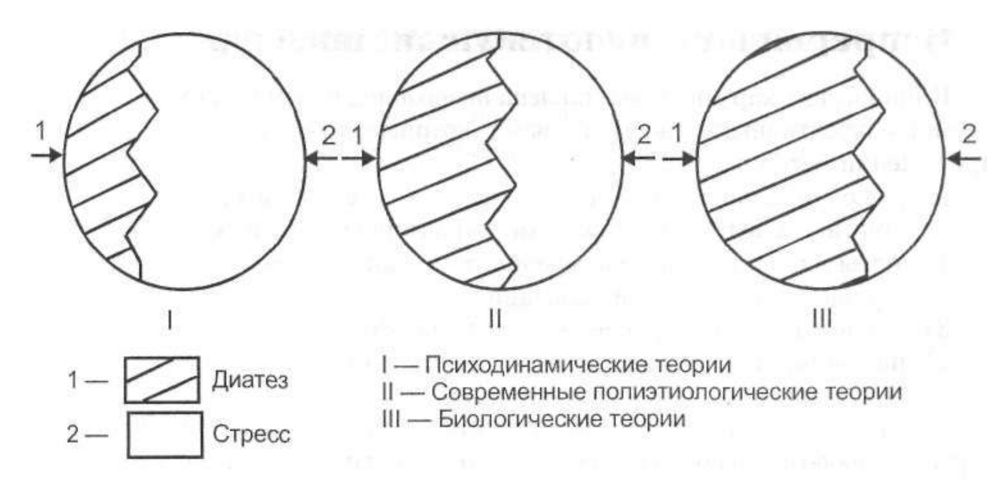


Схема 16. Использование «диатез-стрессовой модели» в разных теориях этиопатогенеза шизофрении.

КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

В преморбиде дети, больные шизофренией, обладают признаками аутизма, они замкнуты, пассивны, отгорожены от сверстников, обладают плохой интуицией, слабыми эмпатическими способностями, мечтательны, погружены в себя.

Преморбидные типы личности — шизоидный, психастенический, истерический и паранойяльный (у подростков).

Классификация шизофрении у детей и подростков основана на принципе течения и степени прогредиентности болезни [Сухарева Г. Е., Снежневский А. В., Римашевская Н. В., 1989; Башина В. М., 1999; ИовчукН. М., 1999].

В настоящее время выделяют следующие формы:

1. Злокачественная и непрерывно-прогредиентная шизофрения (F20.x0).
2. Непрерывная вялотекущая шизофрения.
3. Приступообразная малопрогредиентная шизофрения (F20.x2 и F20.x3).

Злокачественная и непрерывно-прогредиентная шизофрения

Клиническая картина представляет собой сочетание признаков интеллектуального и эмоционально-волевого регресса, полиморфного кататонического и кататоно-гебефренического синдромов (глава 8).

В результате заболевания в течение 2 лет с момента дебюта формируется дефект олигофреноподобного типа с проявлениями задержанного диссоциативного дизонтогенеза.

Непрерывная вялотекущая шизофрения

Клиническая картина представлена неврозоподобными, психопатоподобными и аффективными расстройствами, которые развиваются исподволь на протяжении нескольких лет.

Дифференциальной диагностике с невротическими расстройствами личности помогают следующие признаки, характерные для шизофрении:

1) черты шизоидности и выраженного инфантилизма;
2) нарушение социальной адаптации;
3) нарушение целенаправленной деятельности;
4) диссоциированная задержка психического развития;
5) нарушение ассоциативного процесса.

На начальных этапах болезни структурными элементами клинической картины являются невротические конфликты и психологические защиты как и при невротических расстройствах.

Приступообразная малопрогредиентная шизофрения

Болезнь протекает в виде приступов, клиническая картина которых представлена навязчивостями, деперсонализационными и сенестопатическими расстройствами, к которым присоединяются маниакальные или депрессивные синдромы.

Между приступами отмечается стертая неврозоподобная аффективная симптоматика.

Существует несколько вариантов течения этой формы шизофрении:

1) приступообразно-прогредиентное течение с углублением прогредиентности (25% случаев);
2) после одиночного приступа наступает ремиссия (27% случаев);
3) малая прогредиентность заболевания (50% случаев).

Особенности шизофрении в раннем детском и детском возрасте

Диагностика шизофрении у детей этого возраста чрезвычайно трудна вследствие пластичности психики и быстрых темпов ее развития.

Исходя из реабилитационных соображений (предотвращение возможных психологических и социальных последствий стигматизации, благоприятные семейные условия и/или высокая мотивация родственников на медикаментозное лечение ребенка и на семейную психотерапию), трудностей выделения симптомов болезни и их сходства с различными психическими проявлениями у детей, растущих в дисфункциональных семейных контекстах, отсутствие признаков эмоционально-волевого и интеллектуального дефекта, более целесообразно диагностировать эту болезнь как ранний детский аутизм (рубрика по МКБ-10 F84).

Вследствие этого следует проигнорировать требование МКБ-10 о выявлении и диагностике шизофрении с очень ранним началом (F20).

ДЕТСКИЙ АУТИЗМ (F84.0)

В 1943 г. Каннер (Kanner) дал целостное описание синдрома, проявляющегося неспособностью ребенка формировать эмоциональные отношения с окружающими.

Эпидемиология

Встречается в 2-4 случаях на 10 000 населения. Преобладают мальчики (3-4:1).

Этиология

1. Конкордантность по детскому аутизму у однояйцевых близнецов составляет 36%.
2. У сиблингов больных морбидность детским аутизмом в 50 раз выше, чем в популяции, также у них выявляются нарушения развития, умственная отсталость, врожденные физические дефекты.

Исследователи предполагают аутосомно-рецессивное наследование.

3. Существуют данные об органической патологии мозга (множественные неврологические отклонения в виде миоклонических подергиваний, хореоформных движений, клонус стопы, страбизм, тремор, нарушения сухожильных рефлексов и походки).
4. Дексаметазоновый тест положителен в 80% случаев. Обнаружены данные, свидетельствующие о нарушениях аутоиммунных систем.
5. Гипотеза когнитивного дефицита основана на том, что аутизм является следствием недоразвития левополушарных нейронных структур, необходимых для переработки информации.
6. Наиболее распространенной гипотезой детского аутизма является полиэтиологическая, объединяющая генетическую предрасположенность и перинатальные нарушения.

Клиника

Признаки аутизма появляются в возрасте до 3 лет. В возрасте 2-7 лет больные отстают от сверстников в росте, задержана латерализация верхних конечностей, С раннего возраста дети не обнаруживают интереса к звуку человеческого голоса, не ждут, чтобы их взяли на руки. Когда начинают ходить, не следуют за родителями, не боятся оставаться одни или встречаться с незнакомыми людьми. Отсутствует дифференцировка родственников и близких лиц от посторонних. Избегают игр со сверстниками, поскольку не проявляют интереса к ним.

Поскольку развитие разговорной речи задержано, то больные дают знать о своих желаниях криком и плачем, или хватают родителей за руки и направляют их к желаемому объекту. Дисфорические вспышки являются ха-

рактерной реакцией ребенка на изменение ситуации или стимуляцию к освоению новой деятельности.

Умственная отсталость является типичным признаком — 50% больных имеют IQ ниже 50 баллов и лишь 30% — выше 70.

Диагностика детского аутизма (критерии МКБ-10)

А. Аномальное или нарушенное развитие проявляется в возрасте до 3 лет по меньшей мере в одной из следующих сфер:

1) рецептивная или экспрессивная речь, используемая при социальном общении;

2) развитие селективных социальных привязанностей или реципрокного социального взаимодействия;

3) функциональная или символическая игра.

Б. Должны присутствовать в общей сложности минимум 6 симптомов из 1), 2) и 3), причем по меньшей мере два из перечня 1) и по меньшей мере по одному из перечней 2) и 3).

1. Качественные нарушения реципрокного социального взаимодействия проявляются минимум в одной из следующих областей:

а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию и позы тела;

б) неспособность к установлению (в соответствии с психическим возрастом и вопреки имеющимся возможностям) взаимосвязей со сверстниками, что включало бы общие интересы, деятельность и эмоции;

в) отсутствие социоэмоциональной взаимности, что проявляется нарушенной или девиантной реакцией на эмоции других людей и (или) отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией, а также (или) слабость интеграции социального, эмоционального и коммуникативного поведения;

г) отсутствие спонтанного поиска разделяемой радости, общих интересов или достижений с другими людьми (например, ребенок не показывает другим людям интересующие его предметы и не привлекает к ним их внимание).

2. Качественные аномалии в'общении проявляются минимум в одной из следующих областей:

а) задержка или полное отсутствие разговорной речи, что не сопровождается попыткой компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой (часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития), требующую коммуникативной взаимности с другим лицом;

в) повторяющаяся и стереотипная речь и (или) идиосинкратическое использование слов и выражений;

г) отсутствие разнообразных спонтанных ролевых или (в более раннем возрасте) подражательных игр.

3. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами, которые аномальны по содержанию или направленности; или интересами, которые аномальны по своей интенсивности и ограниченной природе, хотя не по содержанию или направленности;

б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;

в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы, которые включают прихлопывания или выкручивания пальцев или кистей рук, или более сложные движения всего тела;

г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

Клиническая картина не может быть объяснена другими видами общего нарушения развития: специфическим нарушением развития рецептивной речи (Р80. 2) с вторичными социоэмоциональными проблемами; реактивным расстройством привязанности детского возраста (Р94.1) или дезингибированным расстройством привязанности в детском возрасте (Р94.2), умственной отсталостью (Р70-Р72), комбинирующейся с некоторыми эмоциональными и поведенческими расстройствами, шизофренией (Р20) с необычно ранним началом и синдромом Ретта (Р84.2).

Лечение аутизма

Основное в лечении — стимуляция речевого и социального развития ребенка и контроль над дезадаптивным поведением в рамках семейной психотерапии.

Фармакотерапия направлена для контроля таких симптомов, как гиперактивность, агрессивность, саморазрушающее поведение, расстройства сна, судорожный синдром. Наиболее показаны галоперидол и антиконвульсанты в соответствующих возрасту дозах.

ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

А. Е. Личко указывал, несмотря на возражения Г. Е. Сухаревой, что подростковый возраст является этиологическими причиной и условием возникновения психических расстройств вообще, и шизофрении в частности [Личко А. Е., 1985].

Риск заболевания шизофренией в подростковом возрасте в 3-4 раза выше, чем на протяжении всей остальной жизни [Иовчук Н. М., 1999]. Риск заболевания мальчиков и девушек 1, 5:1.

В подростковом возрасте наиболее часто дебютируют злокачественная параноидная, приступообразная и шизоаффективная формы.

В клинической картине преобладают синдромы: психопатоподобный, неврозоподобный, психосоматических расстройств, аффективный, параноидный, галлюцинаторный, кататонический и синдромы нарушенного сознания — от аменции до онейроида.

Симптоматика полиморфная, яркая, образная, аффективно насыщенная, она фрагментарна, незавершенна, волнообразна по возникновению и завершению и изменчива.

У подростков имеет место симптоматика, которая преимущественно возникает только у них: дисморфофобия, «метафизическая интоксикация», гебоидное и гебефреническое расстройства.

Эти расстройства обусловлены не только и не столько патокинезом заболевания, сколько возрастными особенностями психики подростков.

Возможна смена синдромов на протяжении болезни, и можно выделить несколько вариантов [Эйдемиллер Э. Г., 1982; 2001]:

1. Синдром психосоматических расстройств, включающий нарушение вегетативных функций —> дисморфофобический или параноидный.
2. Синдром неврозоподобных и психопатоподобных расстройств —> параноидный синдром или острый полиморфный синдром [Личко А. Е., 1985].
3. Анорексический синдром —> параноидный, галлюцинаторный и кататонический синдромы.
4. Неврозоподобный (обсессивно-фобический) синдром —> параноидный синдром.

В этих вариантах мы не учитываем синдромы негативных расстройств, которые в разной степени присутствуют во всех вариантах.

На формирование симптоматики оказывает большое влияние дисфункция семейного контекста.

ЛЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Появление психофармакологических препаратов позволило сократить пребывание больных в стационаре и осуществлять эффективное лечение в амбулаторных условиях.

При дебюте шизофрении необходимо поместить больного в стационар для тщательной диагностики, подбора препаратов, структурирования повседневной активности и проведения психотерапии.

Основными препаратами, используемыми в лечении шизофрении, являются нейролептики — производные фенотиазина, бутирофенона, тиоксантена, дибензоксезепина и индола (см. главу 20).

Рекомендуется использование одного какого-либо препарата, при отсутствии эффекта — замена его другим препаратом, способствующим купированию определенных синдромов или симптомов.

Следует помнить, что нейролептики не излечивают болезнь, а контролируют симптоматику.

Важное место в комплексной терапии шизофрении занимает психотерапия, которая повышает эффективность лечения на 30% за счет снижения рецидивирования болезни и улучшения качества жизни больных [Коцюбинский А. П., 2002].

Наиболее показаны индивидуальная и групповая аналитическая психотерапия [Вид В. Д., 1993], а также семейная психотерапия [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Сельвини Палаццоли М., Босколо Л., Чеккин Дж., ПратаДж.,2002].

Семейная психотерапия

Рассмотрим случай семейной психотерапии, которая проводилась с отдельно взятой семьей и без участия самого пациента, Андрея П.

Пример. Андрей П., 18 лет. Диагноз: шизотипическое расстройство, психопатоподобный вариант, синдром нарастающей шизоидизации.

Мать обратилась в психоневрологический диспансер с жалобами на то, что ее отношения с сыном резко ухудшились; он отдалился от родителей; появились странности в поведении — стал запираться в комнате, подолгу не спал ночью, начал исповедовать вегетарианство, особенно возражал против контактов с матерью, не пускал ее убирать в своей комнате, грубил ей, угрожал побоями.

Одевался не по сезону — легкий плащ в холодное время года. Отказался от своих прежних друзей. Поступил на математико-механический факультет СПбГУ. Родители ориентировали сына на технологический университет, хотели, чтобы он «продолжил династию». С их мнением сын не посчитался. До поступления в вуз пережил сильное потрясение — родители девушки, которая очень нравилась Андрею П., в присутствии дочери и ее друзей в высокомерной форме дали понять, что он — «невыгодная партия». Об этом инциденте никому не сказал, мать узнала обо всем окольными путями. В состоянии сильного аффекта Андрей П. взломал двери гаража, в котором хранилась машина отца, и угнал ее.

На пригородном шоссе развил огромную скорость, не справился с управлением и вылетел в кювет. Автомобиль получил сильные повреждения, а Андрей П. остался невредим. Одним из инициаторов обращения родителей к врачу-психиатру был инспектор ГАИ, который так оценил ситуацию: «Я в милиции работаю не первый год, многое повидал, но чтобы так мчаться мимо поста ГАИ, как ваш сын, надо быть действительно ненормальным». Родителям удалось предотвратить уголовное дело по факту угона автомобиля.

Родители юноши — ученые. Матери 42 года. По характеру активная, инициативная, веселая, «все схватывает на лету». В общении стремится доминировать, навязывать свою волю. В семье играет роль эмоционального и действенно-практического лидера. Отец: 44 года, доктор наук, руководитель лабора-

тории одного из НИИ. По характеру спокойный, сдержанный, малообщительный, свободное время любит проводить с семьей, довольно пассивен. Теряется в бытовых ситуациях, там, где надо установить контакты. По мнению жены, является интеллектуальным лидером семьи.

Андрей П. родился от первой, нормально протекавшей беременности. Единственный ребенок в семье. Роды в срок, без особенностей. Психомоторное развитие с явлениями асинхронии — очень быстрое развитие речи, увеличение словарного запаса, формирование фразовой речи и понятий. Самостоятельно выучился читать, писать и считать в раннем детстве. В плане общения и проявления эмоций всегда был обособленным, сдержанным, холодным — не стремился к установлению близких контактов со сверстниками. По выражению его лица было всегда трудно угадать переживаемые им эмоции. Любил настоять на своем, если с чем-то не соглашался, ничто не могло заставить его изменить точку зрения. Был несколько неловок, но отличался силой. В классе пользовался уважением за свою самостоятельность, принципиальность, умение достигать своей цели. Перенес детские инфекции без осложнений, ничем серьезным не болел. Мать, оценивая его жизненный путь, сказала: «Он был очень сложным в общении. Я всегда чувствовала, что его можно только сломать, но нельзя заставить изменить принятое им решение. Но с лета этого года он стал совсем невозможным — очень напряженный, агрессивный по отношению ко мне». Попытки вызвать Андрея П. на прием к врачу-психиатру оказались безрезультатными. Разработанный совместно с матерью план вовлечения его в психотерапевтический процесс предполагал следующее: мать обратилась за психотерапевтической помощью по поводу эмоциональных проблем (что и было на самом деле) — у нее невроз. Необходимо выяснить домашние обстоятельства и ситуации, которые могли сыграть роль в развитии у нее заболевания. Поэтому будут проведены психологические исследования взаимоотношений в семье и личностных особенностей ее членов Отец охотно присоединился к плану, принял участие в исследованиях. Андрей П. категорически от них отказался, проигнорировал возможность принять участие как математик в обработке экспериментальных данных. Во время беседы был сдержан, немногословен. В свою комнату не впустил. В ответ на объяснения врача о необходимости проведения обследования сказал: «Мать болеет, вот ее и обследуйте». Отказался обсуждать те вопросы, которые интересовали его и отнимали все его свободное время: суть вегетарианства, проблему биополя, философские вопросы. Обнаруживал сильное сопротивление при попытках раскрыть его переживания, сократить дистанцию общения. Во время беседы несколько раз улыбнулся, хотя контекст обсуждаемого не давал оснований для такого эмоционального реагирования. Отрицал какие-либо ассоциации, воспоминания во время беседы, признал, что он спокоен, сосредоточенно слушает врача и не думает улыбаться. Указанное явление было расценено как парамимия. Эмоциональные реакции представлялись уплощенными, а ответы не всегда соответствовали вопросам. Ассоциативная деятельность представлялась несколько разрыхленной.

От дальнейших встреч с врачом отказался.

Психологическое обследование и построение семейного диагноза. С помощью методики аутоидентификации по словесным характерологическим портретам (СХП) родители определили у себя следующие типы акцентуаций характера: отец — черты интровертированности, мать — гипертимности При

оценке характерологических особенностей сына каждый из них в отдельности выбрал карточку с описанием интровертированного типа акцентуации характера.

При заполнении опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) мать выявила у себя тип патологизирующего семейного воспитания — «доминирующая гиперпротекция» (шкалы Г+, Т+, 3+, С —) и личностную психологическую установку «Расширение сферы родительских чувств» (РРЧ). Отец придерживался более демократических правил воспитания (шкалы 3-, С-).

Согласно нашей методике графического обобщения данных семейных обследований [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1987], взаимоотношения в этой семье выглядели следующим образом (рис. 17).

Задачи семейной психотерапии и тактика ее проведения. Взаимоотношения в родительской подсистеме характеризовались выраженной зависимостью мужа от жены и, в свою очередь, отчуждением ее от него. Жена испытывала неудовлетворенность в сексуальных отношениях с мужем, в женской роли чувствовала себя ущемленной. Неосознанно стремилась удовлетворить свои эротические потребности хоть в какой-то степени за счет симбиоза с сыном, создавая с ним коалицию.

Эмансипационные стремления сына грозили разрушить коалицию «мать-сын» и тем самым лишить мать возможности квазиудовлетворения ее эротических потребностей. В этой ситуации она решила усилить гиперпротекцию сына — стала мелочно контролировать его, подглядывать за ним на улице, проникать в его комнату, собирать о нем сведения у знакомых, расспрашивать о том, как он проводит время, несмотря на полный отказ сына от контактов. Обстановка в семье в результате этого накалилась.

Были поставлены следующие задачи, которые должна была разрешить семейная психотерапия.

1. Помочь матери осознать психологические причины ее доминантного отношения к сыну.

2. Поставить временный блок на коммуникациях «мать —сын», тем самым удовлетворив часть требований сына.

3. Активизировать роль отца в семье по двум линиям: вначале он должен взять на себя обязанности по общению с сыном и тем самым освободить от этого жену; принять участие в разрабатываемой совместно с психотерапевтом программе по повышению значимости функционирования подсистемы супругов.

4. Ослабить доминирующую гиперпротекцию родителей и помочь в принятии ими новой роли сына — «взрослого».

Семейная психотерапия проводилась на протяжении 3 лет с частотой встреч с родителями 1 занятие в 1-2 месяца. Как правило, на сеансы приходила одна мать, значительно реже — оба родителя.

На сеансах с матерью анализировался биографический материал, а также возникающие эмоциональные отношения матери и врача. Матери было указано на то, что сын был и остается наиболее значимым явлением в ее жизни.

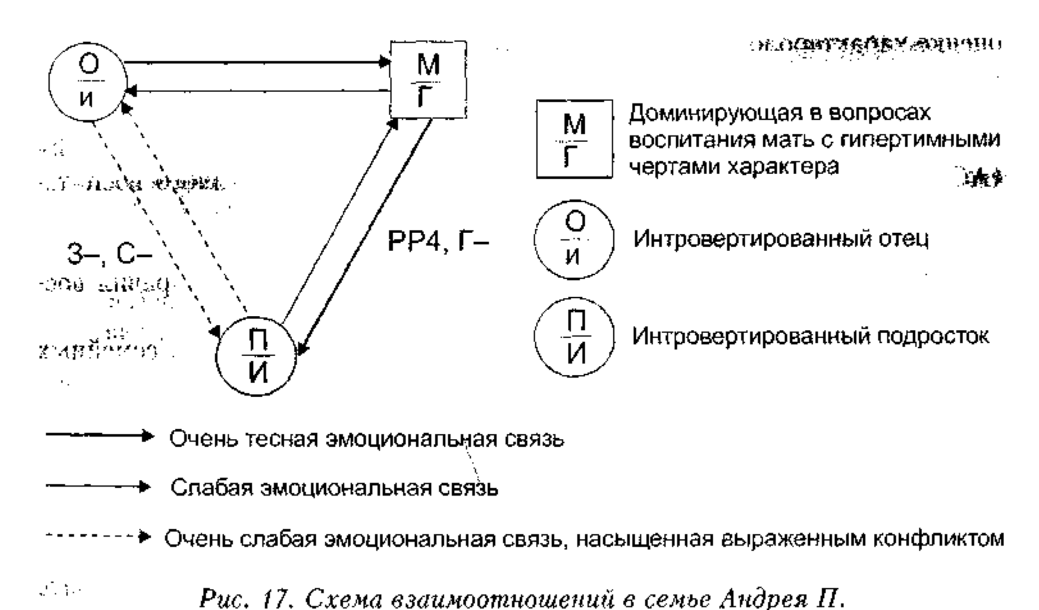


Рис. 17. Схема взаимоотношений в семье Андрея П.

С помощью приемов вербализации и техники «зеркало» мать осознала эмоции, которые она испытывала к сыну: тревогу, любовь, восхищение.

Далее анализу подверглись отношения матери и врача-психотерапевта Мать держалась активно, постоянно извинялась, но предлагала свои способы решения возникающих ситуаций. При этом высказывала восхищение в адрес психотерапевта, подчеркивая при этом не только его профессиональные качества, но вскользь и мужские. В определенные моменты ее поведение становилось «рискованным», а в эмоциональной коммуникации с психотерапевтом усиливались ее сексуальные мотивы. Доброжелательная позиция психотерапевта, соблюдение им профессиональных границ общения помогли и врачу, и пациенту придерживаться заключенного первоначально договора о сотрудничестве и прояснить возникший эмоциональный контекст.

Через анализ эмоциональных переживаний матери в ситуации «здесь и теперь» на сеансах психотерапии удалось подвести ее к пониманию того, что супружеские отношения нарушены, она очень эмоционально привязана к сыну, охотно привязывается к психотерапевту и высказывает ему симпатию, а о муже говорит лишь как о некоем «интеллектуале», находящемся на периферии семьи. Такова подоплека «доминирующей гиперпротекции», которая нацелена на удержание подростка в социально-психологической роли «хорошего сына», «послушного маленького ребенка».

Наш опыт показывает, что ситуации неправильного семейного воспитания («эмоциональное отвержение», «доминирующая гиперпротекция»), заставляющие пациентов регрессировать на'инфантильные ролевые позиции, являются довольно типичными для малопрогредиентной шизофрении [Эйдемиллер Э. Г., 1978].

Во время занятий мать проявляла сопротивление — то в виде аффектов отчаяния, сопровождавших вытеснение полученной информации, то в виде

попыток «управлять» психотерапевтом с помощью комплиментов. Эти обстоятельства также анализировались.

Блокирование контактов матери и сына, передача информации от него через отца привели к тому, что на первых порах мать переживала сильную тревогу, искала встреч с психотерапевтом, просила о помощи уже в роли «больной». Постепенно конфликты между матерью и сыном стали более редкими.

На совместных занятиях с матерью и отцом выявлялись все точки их соприкосновения, которые в прошлом или сейчас доставляют им удовольствие. Был заключен договор, что они не реже двух раз в месяц приглашают к себе домой близких друзей, не реже одного раза в неделю посещают кино, возобновляют вечерние прогулки. Кроме того, на сеансах родители «вспоминали прошлое» — разыгрывали ситуации «встреча», «признание в любви» и т. д.

Цель этих заданий — восстановить супружеские отношения. В качестве «сближающей» техники использовались приемы тренировки прогностической эмпатии.

Однажды, через 2 года после начала семейной психотерапии, мать пришла на прием встревоженная и в то же время на что-то внутренне решившаяся. Она сообщила, что Андрей П. потребовал размена площади — он хочет переехать в однокомнатную квартиру бабушки, которой хочет предложить жить с родителями в их трехкомнатной квартире.

Принятое матерью решение уступить сыну было подкреплено психотерапевтом. После переезда Андрей П. иногда звонил отцу. Потом стал заходить в гости примерно 1 раз в неделю. Иногда ел вегетарианскую пищу, иногда пищу родителей. Начал проявлять интерес и высказывать сочувствие по поводу здоровья бабушки, а потом матери. Приходил в гости все чаще и чаще, держался более открыто и дружелюбно, но в свои переживания их не посвящал.

Катамнез через 5 лет. Окончил СПбГУ, работает по специальности. Живет один, продолжает оставаться малообщительным, аутичным. Поддерживает близкие отношения с семьей.

Ситуация в семье приобрела следующий вид (рис. 18).

Катамнез через 10 лет. Устроился работать программистом в один из вузов Санкт-Петербурга. Однажды узнал, что девушка, которую он любил в возрасте 18 лет и которая отвергла его по настоянию своих родителей, вышла

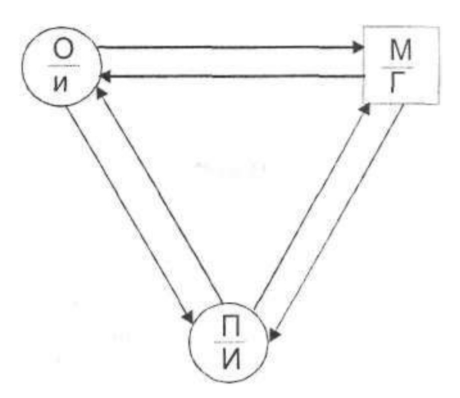


Рис. 18. Ситуация в семье Андрея П. через 5 лет.

замуж за другого мужчину, а затем осталась одна с ребенком. Стал посещать ее, ухаживать за ней, помогал воспитывать ребенка. Вскоре она умерла от рака. Спустя какое-то время познакомился с молодой женщиной с ребенком, пригласил их в свою квартиру, стал жить с ней в неоформленном юридически браке.

Принципиальные отличия психотерапии семей больных шизофренией заключаются в том, что, помимо устранения таких симптомов болезни, как негативизм, некоммуникабельность, враждебность к одному из родителей, обусловленных нередко патологическими взаимоотношениями в семье или неправильным воспитанием (доминирующая гиперпротекция), основная задача — это коренная перестройка жизненных планов семьи в зависимости от прогноза заболевания и успехов применяемого лечения. С больными этой группы проводились в основном индивидуальные психотерапевтические сеансы, что обусловлено низкой вовлекаемостью больных в групповые занятия, тяжестью клинических проявлений заболевания. Наиболее частой темой, обсуждаемой в индивидуальных беседах с больными и во время встреч с родственниками, была «планы и перспективы после выписки из больницы». Прилагались усилия к разрушению ирреальных — либо чрезмерно оптимистических, либо пессимистических — взглядов на больного и его жизненные перспективы. Члены семьи во время посещения клиники подготавливались к возвращению больного домой, проводилось обучение навыкам общения с ним и адекватного реагирования на проявления психической болезни.

ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО (F21)

Относительно новая диагностическая единица, выделению которой способствовала концепция «латентной шизофрении» Э. Блейлера (E. Bleuler). У пациентов с шизотипическим расстройством имеются мягкие нестойкие симптомы шизофрении, но отсутствует тенденция к «классическому течению по Э. Крепелину» [Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997].

Ранее эти состояния получали названия — мягкая, амбулаторная, пограничная, «шизофрения без шизофрении», вялотекущая (медленно текущая) неврозо- и психопатоподобная шизофрения.

Термин «шизотипический» — сокращение от «шизофренический фенотип».

Этиология

Этих больных много среди родственников манифестных больных шизофренией, вследствие чего многие исследователи делают вывод о генетической предрасположенности шизотипических расстройств к шизофрении.

«Возможно, это — характерологический фенотипический вариант шизофренного генотипа, который в силу нахождения в благоприятной социальной

обстановке не декомпенсировался, демонстрируя лишь субпсихотические проявления» [Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997].

Клиника и диагноз

Преимущественный возраст манифестации шизотипического расстройства — подростковый возраст и первые 30 лет жизни.

В стрессовых ситуациях больные дают кратковременные субпсихотические и психотические симптомы.

В случае удачного лечения, реабилитации и психотерапии, а также в случаях благоприятных социально-психологических воздействий на личность больных, а в ряде случаев спонтанно, многие из них поддерживают достаточный уровень социального приспособления на протяжении всей жизни.

Диагноз шизотипического расстройства выставляется в случаях соответствия условиям, изложенным в пунктах А и Б рубрики F21.

А. На протяжении минимум двух лет постоянно или периодически должны обнаруживаться по меньшей мере 4 признака из числа следующих:

1) неадекватный или суженный аффект, больной выглядит холодным и отчужденным;

2) странности, эксцентричность или особенности в поведении или внешнем виде;

3) обеднение контактов и тенденция к социальной аутизации;

4) странные взгляды (верования) или магическое мышление, оказывающие влияние на поведение и не согласующиеся с субкультуральными нормами;

5) подозрительность или параноидные идеи;

6) обсессивная жвачка без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием;

7) необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализацию или дереализацию;

8) аморфное, обстоятельное, метафоричное, гипердетализированное и часто стереотипное мышление, проявляющееся странной речью или другим образом без выраженной разорванности;

9) редкие транзиторные квазипсихотические эпизоды с интенсивными иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями и бредоподобными идеями, обычно и возникающими без внешней провокации.

Б. Случай никогда не должен отвечать критериям любого расстройства в шизофрении в F20.

Лечение

Транзиторные субпсихотические и психотические эпизоды купируют психофармакологическими препаратами.

Улучшению качества жизни и повышению уровня социальной адаптации способствуют индивидуальная, групповая и семейная психотерапия аналитической и когнитивно-поведенческой направленности.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение шизофрении.
2. Какие существуют современные теории шизофрении?
3. Укажите роль психодинамических факторов в этиопатогенезе шизофрении.
4. Какие формы шизофрении выделяют у детей и подростков?
5. Какие особенности диагностики шизофрении у детей раннего возраста?
6. Какие особенности клиники шизофрении у подростков?
7. Какие признаки шизотипического расстройства Вы знаете?
8. Какие признаки детского аутизма Вы знаете?

Список рекомендуемой литературы

1. Клиническая психиатрия (пер. с англ.) / Под ред. Т. Б. Дмитриева. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1998.
2. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. Изд. 2-е, переработанное и дополненное. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). — СПб: Аддис, 1994. - 300 с.
4. *Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро-М, 1997. — 496 с.
5. Психотерапия детей и подростков (пер. с нем.) / Под ред. X. Ремшмидта. - М.: Мир, 2000. - 656 с.
6. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С. Ю. Циркина. — СПб.: Издательство Питер, 1999. - 752 с.
7. *Сельвини Палаццоли М., Босколо Л., Чеккин Дж., Прата Дж.* Парадокс и контрпарадокс: новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. — М.: Когито-центр, 2002. — 204 с.



АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Под аффективными психозами (А.П.) понимают преимущественно эндогенные психические заболевания с преобладанием в клинической картине аффективных нарушений.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Точных данных о распространенности аффективных психозов у детей и подростков нет. Например, показатели распространенности депрессий в детско-подростковой популяции колеблются в пределах от 3 до 25%. В целом данная группа психических заболеваний встречается среди детско-подростковой популяции значительно реже, чем у взрослых. Ниже мы приводим собственные данные о госпитализации в стационар Центра восстановительного лечения (ЦВЛ) «Детская психиатрия» детей 5-14 лет с эндогенными А.П. (см. табл. 15).

Как видно из приведенных данных, количество госпитализированных пациентов с А.П. относительно невелико. Однако большая часть аффективных расстройств у детей носит субпсихотический характер и, следовательно, наблюдается амбулаторно, не требуя обязательной госпитализации в психиатрический стационар. По нашим данным количество детей с аффективными психотическими (субпсихотическими) нарушениями, получающих терапию в амбулаторных условиях, в 10-12 раз превышает количество госпитализированных. Соотношение девочек и мальчиков равно 3,5:1 соответственно.

Таблица 15

Сравнительные данные по госпитализации в стационар ЦВЛ «Детская психиатрия» в абсолютных цифрах и относительно общего количества больных в стационаре

Годы		1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
ШАП	абс.	0	1	4	1	1	1	2	3	2
	%	0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
ААП	абс.	0	1	1	6	2	3	9	1	3
	%	0	0,1	0,05	0,5	0,1	0,2	0,7	0,1	0,2
МДП	абс.	1	0	1	2	0	0	1	0	2
	%	0,1	0	0,05	0,2	0	0	0,1	0	0,2
Всего	абс.	1	2	6	9	3	4	12	4	7
	%	0,1	0,2	0,5	0,8	0,2	0,3	0,9	0,3	0,6

Примечание: ШАП — шизоаффективный психоз; ААП — атипичные аффективные психозы; МДП — маниакально-депрессивный психоз.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В классическом понимании к А.П. относят маниакально-депрессивный психоз (МДП) и атипичные аффективные психозы (ААП). Ряд авторов рассматривают в рамках А.П. шизоаффективные психозы. Однако существует группа аффективных психотических расстройств, описываемых школой С. С. Мну хина в структуре органических А. П. (отдаленные последствия ЧМТ, нейроинфекций, текущие органические заболевания головного мозга).

На наш взгляд, группа А.П. у детей может быть разделена следующим образом.

1. Маниакально-депрессивный психоз (по МКБ-10 рубрики: F30 — маниакальный эпизод; F31 — биполярные аффективные расстройства; F32 — депрессивный эпизод; F33 — рекуррентные аффективные расстройства, часть рубрик F34 и F38).

2. Атипичные аффективные психозы (также могут кодироваться частью рубрик, указанных для МДП).

3. Шизоаффективные психозы (по МКБ-10: F25 — шизоаффективные расстройства).

4. Органические аффективные психозы (по МКБ-10: F06.3 — органическое аффективное расстройство, а также рубрика F06.81 — психотическое органическое расстройство).

Дополнительно можно отметить, что аффективные психотические расстройства наблюдаются у детей при эпилептических психозах и психозах у олигофренов.

Таким образом, понимание границ аффективных психозов у детей и подростков зависит от той или иной психиатрической «школы» или направления. Так, ряд авторов относят к А.П. лишь эндогенные психические заболевания (что справедливо для большей части А.П.), другие допускают возможность существования органических А.П. различной этиологии (школа СО Мнухина, которой мы и придерживаемся).

СИНДРОМОЛОГИЯ И КЛИНИКА

Классические «тоскливые» депрессивные фазы сопровождаются характерными замедлением мышления и снижением двигательной активности. Однако состояние депрессивного ступора (субступора) практически не наблюдается до 16-17 лет. «Тоскливые» депрессивные состояния у детей, как правило, сопровождаются вегетативной симптоматикой: сухость слизистых, тахикардия, мидриаз, спастические запоры. Возникают отдельные (менее выраженные, чем у взрослых) идеи самообвинения, когда дети заявляют, что их «заслуженно» наказывали родители, «правильно» дразнили сверстники и т. п. Ниже приводим пример подобного состояния.

Пример. Больная О. П., 11 лет поступила в детский психиатрический стационар впервые по направлению диспансерного отделения, куда была приведена накануне матерью. За 2-3 недели до госпитализации стала хуже учиться («все валилось из рук»), перестала ходить гулять. Спрашивала родителей, достаточно ли она их уважает, попросила отца наказывать ее чаще, если она виновата перед ним в чем-либо. Нарушился сон: засыпала лишь под утро, появились ночные кошмары. В отделении при беседе с врачом плачет, говорит, что не может больше учиться, так как «голова пустая, мыслей почти нет». Себя оценивает как «последнюю ученицу в классе», считает что «такой дурочке, как она, место лишь в психушке». Предоставленная сама себе, лежит в кровати или сидит рядом с постом медсестры. Во время еды пытается отдать часть своей порции другим пациентам — «им это нужнее». Отмечает, что появилось чувство «какого-то стягивания в груди», «как будто какая-то воронка в сердце воткнута». На фоне проводимого лечения мелипрамином 50 мг/сут через 3-4 недели состояние значительно улучшилось, считала все свои высказывания «глупостью», возобновила учебу в школе. Была выписана под наблюдение диспансера без каких-либо психопатологических нарушений.

В ряде случаев у пациентов отмечаются тревожные депрессии, как правило, не сопровождающиеся значительной ажитацией.

Пример. Больной А. П., 12 лет. Госпитализирован в детский психиатрический стационар в связи с тем, что плачет навзрыд, не спит ночью, дважды пытался отравиться взятыми из домашней аптечки валидолом и элениумом. В отделении беспокоен, постоянно ходит от окна к двери и обратно, просит врача взять его на беседу, начинает при этом плакать. Говорит о том, что «больше так жить не может», часто вскакивает со стула во время беседы, объясняя это наличием «беспокойства».

На фоне проводимого лечения амитриптилином до 50 мг/сут и феназепамом 1 мг/сут через 3 недели настроение выровнялось, охотно беседовал, однако обсуждать, что с ним происходило, отказывался — «сам не знаю, как в дурном сне все было».

В ряде случаев депрессивные фазы МДП протекают с выраженным ипохондрическим компонентом, когда пациенты говорят о том, что «больны СПИДом, каким-нибудь неизлечимым заболеванием, раком», появляются неприятные ощущения в области головы, живота, а у подростков 15-17 лет — в области гениталий.

Данные ощущения могут быть расценены как близкие к сенестопатиям, однако в ряде случаев, вероятнее всего, речь идет о витальном компоненте депрессии, который не обязательно проявляется в виде классической «предсердной тоски», а «звучит» в жалобах пациентов на тяжесть и боли в голове, животе и других частях тела.

В некоторых случаях депрессивные фазы протекают по типу депрессивно-деперсонализационных состояний с явлениями любой из форм деперсонализации.

Пример. Больная О. П., 14 лет. Госпитализирована в детскую психиатрическую больницу в связи с тем, что стала считать себя «грубой эгоисткой,

недостойной того положения в семье и классе, которое она занимает». Заявила, что «перестала соображать», жаловалась на «тяжесть» в груди, «колики в животе». При беседе рассказала о том, что последний месяц у нее «плохо с обонянием и осязанием — не ощущаю запахов, трогаю предмет и не понимаю, теплый он или нет», «Чищу зубы и не чувствую запаха зубной пасты, как это было раньше..., пью чай, а он как будто несладкий..., куда-то пропали все рефлексы, время словно остановилось для меня..., перестала радоваться жизни, мрачное все вокруг, серое..., нет даже удовлетворения от сна». Постоянно думала о своем состоянии, в итоге пришла к выводу, что «жить незачем, так как нервы разорвались, и я не вылечусь», «все равно расслабиться не смогу, с таким настроением это не жизнь». На фоне терапии эглонилом до 100 мг/сут и амитриптилином до 75 мг/сут. настроение выровнялось, однако сохранились проявления соматопсихической деперсонализации. Была выписана по категорическому требованию родителей под расписку.

Значительные диагностические трудности вызывают адинамические и астенические депрессивные фазы. В таком случае больной становится безынициативным, порывает с друзьями, зачастую превращаясь в унылого домоседа, жалующегося на повышенную утомляемость, чувство разбитости или наоборот, не жалующегося вовсе и отказывающегося от какой-либо помощи. Как правило, не удается увидеть классического снижения настроения. На первый план выступает «хмурость», «отсутствие всех желаний», «вечная разбитость» (случай астенического варианта депрессии). Как адинамические, так и астенические депрессивные фазы в рамках А.П. у детей требуют проведения дифференциальной диагностики прежде всего с явлениями эндогенной астенической юношеской несостоятельности Глатцера-Хубера при шизофрении.

Следует отметить, что адинамические и астенические депрессии, в отличие от состояний Глатцера-Хубера, сопровождаются симпатикотонической вегетативной симптоматикой (запоры, сухость слизистых оболочек, мидриаз, аменорея у девочек-подростков), что помогает проведению дифференциальной диагностики. Тем не менее достаточно часто приходится использовать назначение антидепрессантов с диагностической целью (ex juvantibus).

Пример. Больной О. И., 13 лет. В течение последних 2 месяцев стал вялым, безынициативным, снизилась успеваемость в школе. Придя домой с занятий, садился перед телевизором, смотрел все подряд — «какая разница, все равно пресные и неинтересные передачи». Перестал читать, слушать музыку. Во время беседы с врачом рассказал о том, что «настроение никакое», считает, что в жизни «нет никакого смысла, тут и обсуждать нечего». Часто просил пить, так как «мешала сухость во рту». Отмечались запоры по 3-5 дней. Стало известно, что мальчик раньше получал трифтазин и азалептин, наблюдаясь у частного психиатра. Эффекта от проводимой терапии не было. Через несколько недель после назначения амитриитилина в условиях стационара стал значительно активнее, появились друзья в отделении, ждал прихода матери, тепло встретил ее, стал тяготиться госпитализацией. Был выписан после двухмесячного курса амитриптилина до 75 мг/сут с рекомендацией приема финлепсина до 0,4 г/сут.

В амбулаторных условиях наблюдается также дисфорический вариант депрессивных фаз, когда на фоне незначительной гипотимии на первый план выступают явления раздражительности, недовольства собой и окружающими, «всем миром». По-видимому, подобный вариант депрессивной фазы может рассматриваться как подтип «брюзжащей» депрессии или Unlust-депрессии.

Депрессии с анorектическим поведением встречаются в основном у девочек и сопровождаются недовольством своей «излишней полнотой». Данный вариант депрессивных расстройств протекает фазно, чего, как правило, нет при классической нервной анорексии. Назначение антидепрессантов у больных данной группы приводит к выздоровлению и, соответственно, полному исчезновению уверенности в своей «излишней полноте» или «лишнем весе».

В случаях с классической нервной анорексией назначение только антидепрессантов оказывается, как правило, недостаточно эффективно.

Одним из наиболее частых депрессивных «амбулаторных» состояний являются соматизированные (ларвированные, маскированные) депрессии. На первый план в клинической картине заболевания у такого ребенка выступают различные «соматические» заболевания — головокружение, кардиалгии, приступы удушья, абдоминальные боли, часто сопровождающиеся расстройством стула. Такой ребенок никогда не жалуется на сниженное настроение. Однако часто можно услышать из уст данной группы пациентов о том, что им «плохо, скучно, не по себе». Можно заметить, что такие дети меньше играют, избегают веселых и шумных компаний. Часто, но не обязательно имеет место некоторое снижение аппетита, вследствие чего пациент худеет. При изучении анамнеза этих больных обращает на себя внимание достаточно длительное и мало эффективное лечение у педиатра, детского невропатолога, гастроэнтеролога, аллерголога и других специалистов. Зачастую каждый из специалистов выставляет «свой правильный» диагноз — «вегето-сосудистая дистония», «синкопальные состояния», «неспецифический язвенный колит?», «астматический бронхит» или «бронхиальная астма» и многие другие. Как видно из вышеизложенного, диагностика ларвированных депрессий у детей и подростков крайне сложна, а также осложняется тем, что родители и сами пациенты возражают против консультации и лечения у психиатра. Следует отметить, что при маскированных депрессиях практически всегда присутствуют вегетативные симпатикотонические проявления (сухость слизистых, тахикардия, мидриаз, запоры, аменорея у девочек-подростков). Видимо, решающее диагностическое значение имеет назначение антидепрессантов ex juvantibus. В дальнейшем, по мере взросления пациента, возможно как повторение фазы маскированной депрессии, так и появление типичных маниакальных или депрессивных состояний. С уверенностью можно сказать о том, что не только истерия в понимании старых авторов, эта «великая притворщица», но и маскированные депрессии являются «великой притворщицей» современности. Ниже приводим характерный пример.

Пример. Больной Л. К., 10 лет. Обратились в городское консультативно-методическое отделение ЦВЛ «Детская психиатрия» по настоятельной рекомендации невропатолога. Известно, что в течение последних 2 лет у мальчика четырежды (по одному-полтора месяца) наблюдались состояния удушья — «начинал задыхаться, кашлял»; в дальнейшем жаловался на боли в животе, неоднократно обследовали в связи с этим у гастроэнтеролога. Имели также место головные боли, легкие головокружения. Получал специфическую терапию у аллерголога, невролога, гастроэнтеролога без видимых улучшений. При беседе мать мальчика отметила, что подобные состояния возникают у сына весной и осенью. Ребенок худеет, хуже ест, становится капризным и «каким-то выпавшим из обоймы», «невеселым». После неоднократных разъяснительных бесед мать дала согласие на назначение антиденрессантов. Проведенная терапия амитриптилином до 30-50 мг/сут практически купировала «соматические» заболевания. Затем пациент был переведен на препарат финлепсин-ретард. В течение последующего года каких-либо ухудшений в состоянии здоровья мальчика не отмечено.

Одним из достаточно часто встречающихся вариантов депрессивных состояний у детей и подростков является делинквентный эквивалент депрессии. Данные состояния чаще отмечаются в подростковом возрасте, однако, по нашим наблюдениям, делинквентные депрессивные эквиваленты наблюдаются уже в 9-11 лет. В прошлом спокойный и послушный ребенок постепенно становится все более неуправляемым, грубит родителям, учителям, снижается школьная успеваемость. Как правило, такой пациент попадает в компанию сверстников, склонную к различным правонарушениям и всевозможным хулиганским действиям. В отличие от истинно делинквентных подростков такой ребенок чаще всего не стремится избежать наказания, а иногда возникает впечатление, что он специально выбирает ситуации, при которых он будет наказан. Делинквентные эквиваленты депрессии не сопровождаются классической гипотимиеи и в целом крайне сложны для их психопатологической оценки. Тем не менее существует ряд признаков, позволяющих говорить о данном варианте депрессии или хотя бы заподозрить данное состояние. Прежде всего это наличие вегетативных симпатикотонических нарушений (мидриаз, тахикардия, запоры, сухость слизистых оболочек, аменорея). У такого больного, как правило, происходит снижение аппетита, что вовсе не характерно для обычных детей-делинквентов. В течение нескольких недель такой ребенок может заметно похудеть. При сборе анамнеза обращает на себя внимание отсутствие тенденции (склонности) к правонарушениям и хулиганству. Чаще всего такие дети были до начала заболевания послушными, ласковыми, и возникающее у них состояние являет собой разительный контраст с тем, что было совсем недавно. Приводим характерный пример делинквентного эквивалента депрессии.

Пример. Больная А. Ф., 12 лет. Мать обратилась в консультативное отделение ЦВЛ «Детская психиатрия» в связи с тем, что дочь в течение последних 3 недель стала грубой, недовольной как собой, так и отношением к ней родителей, стала убегать из дома, совершила кражу денег у матери. Выясни-

лось, что девочка проводит время в компании беспризорников и малолетних правонарушителей. Лидером в компании не стала. Несколько раз была избита на рынке за кражи. В дальнейшем выяснилось, что была изнасилована одним из рыночных торговцев. На приеме: девочка беседовать не хочет. Отмечает, что похудела на несколько килограммов за последнее время. Согласна с тем, что «как-то изменилась». Свое настроение охарактеризовать не может, собой не довольна. Объяснить совершенные ею кражи толком не может — «я никогда раньше так не поступала, но мне не стыдно». При расспросах о сексуальной агрессии в ее адрес начинает плакать. Дополнительно удалось также выяснить, что подобные состояния (грубость по отношению к родителям, склонность к правонарушениям) отмечались у девочки в 10,5 лет в течение 2-3 недель, затем бесследно исчезли (родители не придали значения данному факту). На фоне терапии амитриптилином до 60 мг/сут и финлепсином до 0,3 мг/сут исчезли грубость, уходы из дома, вернулась к нормальной учебе, порвала с компанией нарушителей.

Как видно из приведенного примера, назначение антидепрессантов также является не только терапевтическим, но и может использоваться с диагностической целью: антидепрессанты, как правило, купируют делинквентныи депрессивный эквивалент, но не оказывают сколько-нибудь заметного действия при обычных нарушениях поведения у подростков-делинквентов. На наш взгляд, делинквентные эквиваленты депрессии в ряде случаев могут рассматриваться как частный вариант Unlust-депрессий.

Классические маниакальные состояния встречаются, преимущественно, начиная с 15-16-летнего возраста. При этом в клинической картине заболевания на первый план выступают выраженное повышение настроения, заметное ускорение мышления, двигательное возбуждение. Подросток переоценивает свои возможности. Как правило, идеи величия носят сверхценный характер, не достигая уровня бреда. Больной отличается повышенным аппетитом, спит мало, но утверждает, что прекрасно выспался и чувствует себя бодрым и отдохнувшим. Практически всегда имеет место выраженная гиперсексуальность, и как следствие, пациент попадает в различные ситуации, связанные с сексуальными эксцессами. В случае классической мании больной достаточно быстро попадает в психиатрический стационар, а диагностика психопатологического состояния не вызывает каких-либо существенных трудностей. Ниже приводим характерный пример:

Пример. Больная Г. К., 15 лет. Была доставлена в психиатрический стационар машиной скорой помощи из отделения милиции. Выяснилось, что 2 дня назад девочка сбежала из дома, так как решила совершить «кругосветное путешествие». Перед побегом украла у родителей все деньги. На приеме: смеется, кокетничает с врачом, отмечает, что никогда не чувствовала себя так хорошо. Периодически начинает громко петь, декламирует стихи, предлагает врачу «сыграть в ладушки», «спеть дуэтом». Переоценивает свои возможности: считает, что может окончить школу за полгода, а потом и вуз за 1 год, выучив при этом основные иностранные языки. В палате, предоставленная самой себе, громко поет, танцует, в том числе и на столе, рассказывает другим больным о появившихся у нее многочисленных поклонниках и друзьях. В столовой — прожорлива, просит добавки, пытается забрать порцию у других пациентов.

На фоне терапии клопиксолом до 20 мг/сут постепенно уменьшилось психомоторное возбуждение, отмечено также постепенное купирование гипертимии, стала спать ночью по 7-8 часов. Была выписана через полтора месяца без какой-либо психопатологической симптоматики.

Более частым вариантом маниакальных фаз в детско-подростковом возрасте является гневливая (гневная) мания. На фоне повышенного настроения отмечаются выраженные вспышки агрессии, злобы, которые быстро сменяются благодушием, чтобы так же быстро возникнуть вновь. Такой ребенок склонен к агрессивным поступкам, часто вступает в драки с другими детьми, с родителями, прохожими на улице, учителями. Достаточно часты варианты, когда при гневливой мании речь идет не о повышенном настроении в классическом понимании, а о некоей «вздернутости», о чем говорят родственники пациента и иногда сам больной. В случаях стертых гневливых маниакальных состояний такой пациент попадает не на прием к психиатру, а в милицию или комиссию по делам несовершеннолетних. К сожалению, в этом случае часть родителей все равно избегает обращения к психиатру и психиатрического лечения. Приводим характерный пример.

Пример. Больной Л. М., 11 лет. Родители мальчика обратились в консультативное отделение ЦВЛ «Детская психиатрия» лишь после настоятельных рекомендаций классного руководителя и сотрудников детской комнаты милиции. Стало известно, что в течение последних двух недель у мальчика повысилось настроение, стал часто и громко хохотать на уроках, в ответ на малейшее замечание учителя бросался на нее с кулаками, при всех ударил ее цветочным горшком по голове. На переменах постоянно дрался и тут же мирился с другими детьми, бегал по всем этажам, порвал в гардеробе одежду других учеников. После очередной драки был доставлен в ДКМ, где ударил инспектора по делам несовершеннолетних журналом по щеке, со смехом заявил, что «перебьет всю милицию», как в фильме «Терминатор». На приеме сердится, что пришлось ждать «целых пять минут», обещает в случае повторения подобного «дать врачу в ухо». Присутствующую во время беседы мать ударил ногой, заявив, что «нечего болтать попусту». Беседует охотно, настроение повышенное, сообщил о том, что «много гуляет последнее время, жаль только друзья — слабаки, не могут даже нормально дать внос», речь перемежает нецензурной бранью: «Мне так проще выражать мысли, вы и сами, небось, днем и ночью материтесь». Родители мальчика категорически отказались от госпитализации в психиатрический стационар, но дали согласие на амбулаторное лечение у психиатра. На фоне приема галоперидола до 7,5 мг/сут больной стал менее агрессивным. Через 2 недели родители самостоятельно прервали лечение и увезли сына в деревню, мотивируя свой поступок тем, что «лучше пусть идет в колонию, чем будет числиться дураком».

Во многом близок к гневливой мании так называемый делинквентный эквивалент маниакального состояния. На наш взгляд, ряд делинквентных эквивалентов мании являются скрытой формой гневливых маниакальных фаз

без заметного повышения настроения. Наблюдается преимущественно в подростковом возрасте и характеризуется постепенно возникающей все большей *склонностью больного к* совершению мелких правонарушений и различных хулиганских действий. Такие подростки, как правило, попадают в компании несовершеннолетних правонарушителей, иногда становясь на время лидерами подобных групп. Одним из вариантов является вхождение подростков с делинквентным эквивалентом мании в компании наркоманов и людей, злоупотребляющих различными дурманящими средствами. Склонность данной группы больных к злоупотреблению психоактивными веществами не обязательно ведет к развитию того или иного вида зависимости, но значительно повышает риск развития у такого пациента нарко- или токсикомании, особенно при повторных и частых делинквентных эквивалентах. Приводим характерный пример.

Пример. Больная М. Н., 13 лет. Родители привели девочку в диспансерное отделение в связи с тем, что больная стала убегать из дома, злоупотреблять алкогольными напитками в компании сверстников. Стало известно, что поведение изменилось в течение последних 3 недель — начала грубить родителям, ела больше, чем обычно, оставляла посуду немытой, перестала ходить в школу. Время проводила в основном среди подростков-делинквентов. Дополнительно удалось выяснить, что в течение последнего месяца больная похудела, несмотря на повышенный аппетит, появилась аменорея. На приеме держится вызывающе, считает, что она уже взрослая и сама вправе распоряжаться своей жизнью. Признает, что раньше себя никогда так не вела — «Ну и что из этого? Когда-то же надо начинать». Считает, что в будущем у нее «все сложится прекрасно», отмечает свое «особенно хорошее, как никогда, самочувствие». Отмечаются незначительные мидриаз и тахикардия. Родители дали согласие на госпитализацию девочки в психиатрическую больницу, где на фоне терапии тизерцином до 75 мг/сут отмечено исчезновение склонности к алкоголизации — «совершенно не хочется даже думать о водке», совершению правонарушений, уходам из дома. (Первое время пребывания в отделении больная неоднократно нарушала режим). Тепло встречала родителей, стала тяготиться госпитализацией. По выписке нарушений в поведении не отмечено.

Одним из достаточно частых маниакальных состояний у детей является мания с дурашливостью (мориоподобная мания). По нашим наблюдениям данный вариант маниакальных состояний наблюдается уже с возраста 6-7 лет. Ребенок становится дурашливым, настроение повышенное, он часто и много кривляется и шутит. Такие больные охотно общаются, стремятся участвовать в коллективных играх с другими детьми, школьная успеваемость, как правило, снижается. Наиболее часто явления мориоподобной мании протекают на амбулаторном субпсихотическом уровне. Данные состояния следует прежде всего дифференцировать с возникающими гебефреническими нарушениями в рамках шизофрении, а также с классическим состоянием мории вследствие органического поражения лобных отделов головного мозга. От шизофренического гебефренического синдрома мания с дурашливостью отличается тем, что такой больной общителен, может удачно шутить, часто ве-

село и заразительно смеется, стремится в компанию сверстников. При гебефрении мы не наблюдаем «теплых» эмоций, больной остается, несмотря на свою дурашливость, холодным, отгороженным от окружающих и часто не стремящимся к какому-либо общению. От классических состояний мории манию с дурашливостью помогают отличить дополнительные обследования (отсутствие грубого органического поражения лобных отделов головного мозга при мориоподобной мании), а также анамнестические данные (например, указания на недавно прооперированную опухоль головного мозга свидетельствует в пользу классической мории). Характерным примером является следующее наблюдение:

Пример. Больной А. Т., 9 лет. Поступил в психиатрический стационар в связи с неадекватным поведением дома и в школе. Выяснилось, что в течение последней недели странно ведет себя в школе: кривляется, «корчит рожи» учителю, громко смеется во время урока, кидает в школьную доску бумажными шариками. Дома также кривлялся, все время шутил, никак не реагируя на замечания родителей и последующие наказания. В отделении: держится среди других детей, много шутит, часто — довольно удачно, что вызывает смех как у больных, так и у мед. персонала. Настроение повышенное. Подвижен, но без психомоторного возбуждения. Осмотр невропатолога и параклинические исследования какой-либо патологии не выявили. Данное состояние длилось в течение 3-4 недель. На фоне проводимой терапии галоперидолом до 5 мг/сут и депакином до 0,3 г/сут описанная выше симптоматика купирована.

i

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Данное заболевание встречается в детском возрасте крайне редко. По мнению некоторых авторов, ранее 10 лет МДП вообще не возникает. По нашим наблюдениям, диагноз МДП выставляется детям до 14 лет лишь при относительно твердой уверенности врача-психиатра в правильности диагноза и при относительно типичных клинических вариантах как депрессивных, так и маниакальных состояний. Первой фазой МДП в 75% случаев оказывается депрессивная. О госпитализации в психиатрический стационар, как правило, речь идет в случае развития выраженного депрессивного или маниакального состояния.

С 16-17 лет МДП все более напоминает классический «взрослый вариант. Из дополнительных особенностей МДП у детей и подростков можно отметить более короткие, чем у взрослых, фазы (наблюдается не обязательно). Как и у взрослых больных, возможны следующие типы течения МДП.

1. Монофазный тип, который может быть как маниакальным (различные клинические варианты маний, разделенные интермиссией — светлым

промежутком), так и депрессивным — депрессивные фазы также разделены интермиссиями.

2. Биполярный тип течения (у больного присутствуют как маниакальные, так и депрессивные фазы, разделенные интермиссиями).
3. Континуальный тип течения (депрессивная фаза сменяет маниакальную и наоборот, без интермиссии).

Можно также отметить большую, чем у взрослых, частоту континуального типа течения.

АТИПИЧНЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Так же, как и МДП, психозы протекают фазно. Возможны такие же типы течения ААП. Клиническая картина определяется чаще всего субпсихотическими «неклассическими» маниакальными и депрессивными состояниями. Например, могут наблюдаться адинамические депрессии, сменяющиеся мориоподобными маниями с последующим возникновением ларвированного депрессивного состояния.

ШИЗОАФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

По мнению большинства авторов, данная группа психозов является промежуточным звеном между шизофренией и МДП и может рассматриваться, как рабочий диагноз. О ШАП речь идет в случае присоединения к тому или иному варианту депрессивного или маниакального состояния, отдельных галлюцинаторных, бредовых и иных психопродуктивных расстройств, относительно часто встречающихся при шизофрении. Заметными в клинической картине заболевания могут быть различные структурные нарушения мышления (атактическое, символическое, паралогическое, резонерское и др.). Следует отметить, что взгляды различных авторов на ШАП существенно отличаются друг от друга. Так, некоторые исследователи относят шизоаффективные психозы к группе шизофренических расстройств, другие предлагали использовать в этом случае термин «атипичные МДП», особенно в случае преобладания аффективной симптоматики. Ниже приводим характерный пример.

Пример. Больная А. В., 14 лет. В психиатрический стационар поступила в связи с неадекватным поведением, суицидальными высказываниями. Выяснилось, что в течение последних 2-3 недель снизилось настроение, поняла, что ей «незачем жить», «все равно ничего хорошего не предвидится». Появилось также ощущение тяжести в области сердца, сон стал поверхностным,

с частыми кошмарными сновидениями. Находясь в отделении, стала слышать внутри головы незнакомый женский голос, который постоянно произносил: «табуретка, табуретка». Не могла объяснить появление данного голоса, отметила, что не может даже заплакать. В дальнейшем присоединилась деперсонализационная симптоматика: не могла ощутить холодно или жарко в палате, жаловалась на то, что пища стала «как сухая и безвкусная пакля», не чувствует позывов к мочеиспусканию. На фоне терапии амитриптилином до 100 мг/сут и феназепамом до 2 мг/сут отмечено постепенное исчезновение депрессивно-деперсонализационной симптоматики. Однако сохранились вербальные псевдогаллюцинации, которые исчезли при присоединении к терапии трифтазина. Больная была выписана через 3 месяца без какой-либо психопатологической симптоматики. Повторно поступила через год в гипоманиакальном состоянии с идеями переоценки собственной личности и ощущением, что за ней «наблюдают со стороны» и, возможно, скоро заговорит та самая женщина, голос которой она слышала в прошлом. Проводилась терапия клопиксолом до 15 мг/сут, девочка выписана через полтора месяца без какой-либо заметной психопатологической симптоматики.

Катамнез через 2,5 года.

В психиатрическую больницу не поступала. Учится в техникуме, принимает назначенные врачом ПНД соли лития. Какого-либо личностного дефекта не определяется.

ОРГАНИЧЕСКИЕ АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

Данная группа психозов не велика. Достаточно характерен анамнез таких пациентов: перенесенные в прошлом черепно-мозговые травмы (особенно ушиб головного мозга), менингоэнцефалиты и другие экзогенные органические вредности. В ряде случаев психотические аффективные расстройства развиваются на фоне текущего органического заболевания головного мозга (опухоль, киста с нарастающими явлениями сдавления мозга и т. д.). Клиническая картина органических аффективных психозов, как правило, отличается от эндогенных аффективных психозов. Так, у больного наблюдаются мориоподобные маниакальные состояния, мании с элементами идей воздействия и преследования (параноидальная мания), гневливая мания.

Депрессивные состояния в рамках ОАП чаще всего протекают по типу астенических, адинамических и ипохондрических депрессий. Возможно возникновение депрессивно-онейроидных состояний. В дальнейшем могут отмечаться различные симптомы помрачения сознания («сумерки», явления аментивной и астенической спутанности). В этом случае говорить об органических аффективных психозах уже не приходится. Все вышесказанное дополнит следующее наблюдение.

Пример. Больной А. Б., 11 лет. Поступил в психиатрический стационар в связи с агрессивностью в адрес родителей, крайней раздражительностью, снижением настроения, частыми головными болями, резким снижением школь-

ной успеваемости. В отделении: настроение снижено, раздражителен, легко возбудим, считает, что «хуже уже не бывает», «не настроение, а тьма какая-то». Ругается с другими детьми, грубит персоналу. Временами озлоблен. Рассказал, что около полугода назад было «очень-очень страшно, казалось, что я — маленький-маленький, и в это время у меня в голове был средний голос». Отметил, что подобные явления наблюдались примерно в течение 10 дней, затем самостоятельно прошли. За время пребывания в отделении ни галлюцинаторных, ни психосенсорных расстройств не отмечено. На фоне проводимой терапии финлепсином исчезли раздражительность, вспыльчивость, но на первый план выступило сниженное настроение с плаксивостью, незначительной тревожностью, идеями «своей ненужности». Присоединение к терапии амитриптилина купировало депрессивную симптоматику. При дополнительных обследованиях у больного выявлен поликистоз головного мозга, грубые органические нарушения на ЭЭГ, повышение внутричерепного давления (проведена также дегидратация и курс рассасывающей терапии).

Конечно, нельзя не учитывать роль наследственных факторов при возникновении органических аффективных психозов. Во многом вопрос о происхождении данных психотических расстройств остается открытым: является ли такое нарушение «истинно органическим» или речь идет об эндогенном психозе, спровоцированном той или иной экзогенной органической вредностью (психоз на «измененной почве»). На наш взгляд, выделение подобной группы психотических заболеваний оправдано и может использоваться как рабочий диагноз по аналогии с выделением шизоаффективных психозов.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНЫХ ПСИХОЗОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Основные данные о механизмах действия и принципах использования лекарств приводятся в отдельной главе (см. гл. 21). Можно отметить, что терапия маниакальных состояний в рамках аффективных психозов у детей в целом незначительно отличается от терапии взрослых больных. Используются прежде всего нейролептики с седативным действием (в возрастных дозировках) — галоперидол, тизерцин, аминазин, из более новых препаратов — клопексол. Терапия депрессий у детей во многом вынужденно определяется недостаточной апробацией антидепрессантов последнего поколения в данной возрастной группе. Используются классические трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин). Гораздо в меньшей степени используются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), так как по данным формулярной системы, принятой в РФ, многие из этих препаратов должны назначаться лишь с 15 лет. Существует мнение, что СИОЗС более эффективны при детских, чем при взрослых депрессиях. Уже имеется опыт использования таких препаратов, как золофт и паксил, при

депрессиях, начиная с 12 лет. Думается, что в ближайшем будущем СИОЗС займут основную нишу при терапии депрессивных состояний у детей (лучше переносятся, побочные эффекты сведены к минимуму). В качестве нормотимической (превентивной) терапии аффективных психозов целесообразнее всего использовать карбамазепины или вальпроаты (например, финлепсин, депакин). Наши наблюдения показывают, что использование данных препаратов в виде пролонгированной формы (финлепсин-ретард и депакин-хроно) оказывается наиболее удобным и достаточно часто предотвращает или же уменьшает количество аффективных фаз.

Контрольные вопросы

1. Что такое аффективные психозы и в каких рубриках МКБ-10 они отражены?
2. Какие варианты аффективных психозов у детей и подростков могут быть выделены?
3. Какие варианты депрессивных фаз выделяются у детей с аффективными психозами?
4. Какие разновидности маниакальных состояний выделяются у детей с аффективными психозами?
5. Какие препараты используют при лечении депрессивных состояний у детей?
6. Какие препараты используются при лечении маниакальных состояний у детей?
7. Какие препараты преимущественно используются для превентивной терапии аффективных психозов у детей?

Список рекомендуемой литературы

1. *Иовчук Н. М., Северный А. А.* Депрессии у детей. — М., 1999.
2. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1979. - С. 220-231, 236-244.
3. *Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н.* Аффективные психозы. — Л.: Медицина, 1988.
4. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С. Ю. Циркина. — СПб.: Питер, 1999. — 752 с.



ЭПИЛЕПСИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Эпилепсия — это хроническое нервно-психическое полиэтиологическое заболевание, возникающее преимущественно в детском и юношеском возрасте, характеризующееся полиморфной клинической картиной, главными элементами которой являются:

— повторные, непровоцируемые эпилептические припадки;

— транзиторные (преходящие) психические расстройства;

— хронические изменения личности и характера, иногда достигающие степени деменции.

ИСТОРИЯ ЭПИЛЕПСИИ

Термин «эпилепсия» по-гречески означает «схватывание; что-то внезапное, нападающее на человека». Ни одно заболевание на протяжении всего его изучения не имело столько обозначений, как эпилепсия: 41 название, по П. И. Ковалевскому (1898). Среди них «божественная», «демоническая», «святая», «лунная», «дурная», «черная немощь», «трясучка», «горестное страдание», «болезнь Геркулеса», «наказание Христа» и т. д.

Эпилепсия — заболевание, известное со времен глубокой древности. Долгое время среди людей существовало мистическое представление об эпилепсии. В античной Греции эпилепсия ассоциировалась с волшебством и магией и называлась «священной болезнью». Термин «священная болезнь» впервые упоминается в сочинениях Гераклита и Геродота. Считалось, что эпилепсия связана с вселением в тело духа, дьявола. Бог насылал ее на человека в наказание за неправедную жизнь. Древнегреческий врач Аретеус, описывая эпилептический приступ, сравнивал больного с видом быка, которому перерезали горло — «руки стиснуты, голова отведена вперед или назад, или приведена к плечу, а ноги ударяют во все стороны». Древние греки рассматривали припадки как посещение человека богами, поэтому первая классификация эпилепсии связана с именами богов: если больной скрежетал зубами и судорога охватывала половину его тела — причина припадков мать богов Кибела; если эпилептик резко и пронзительно кричал — его сравнивали с конем, это означало, что бог Посейдон посетил больного; в случаях, когда изо рта шла пена и человек бил ногами — бог Марс вселялся в тело страдальца. Во всех случаях болезнь рассматривалась как результат божественного предначертания и ее лечили заклинаниями.

Выдающаяся роль в изучении эпилепсии принадлежит Гиппократу, который изложил свои взгляды в трактате «О священной болезни» более 2,5 тысяч лет назад. Гиппократ первым указал на роль мозга в происхождении болезни вопреки распространенным после Аристотеля представлениям о локализации психических процессов в сердце. Гиппократ писал: «Мне кажет-

ся, что первые, признавшие эту болезнь священною, были такие люди, которыми теперь оказываются маги, очистители, шарлатаны и обманщики, которые представляются благочестивыми и понимающими больше других ..., но причина этой болезни, как и прочих великих болезней, есть мозг» (цит. по Рудневу В. И., 1913).

Упоминание об эпилепсии встречается и в Евангелии от св. Марка и св. Луки, где описано исцеление Христом мальчика от вселившегося в его тело дьявола. Отец ребенка пришел к Христу со словами: «Учитель, я привел к тебе моего сына, в которого вселился злой дух. Когда дух овладевает его телом, он терзает его, и тогда он падает, изнемогая, испуская пену изо рта, крепко стискивает зубы....». Иисус сказал: «Ты, дух, злобный и темный, заклинаю тебя, выйди из него и никогда не входи вновь». И дух закричал, и вышел из тела мальчика, а тот упал, как будто бездыханный. Но когда Иисус прикоснулся к нему, мальчик очнулся.

В Древнем Риме эпилепсия имела название «комитетской» («парламентской») болезни в связи с тем, что заседания Сената прерывались, если у одного из присутствующих возникал эпилептический приступ, так как считалось, что боги таким образом выражают недовольство происходящим.

Несмотря на достижения в изучении эпилепсии древних врачей, в средние века эпилепсия считалась заразным заболеванием, и, наряду с прокаженными больными, страдающих эпилепсией изолировали в отдельные поселения, не решались есть с ними из одной тарелки, пить из одной кружки. Считалось, что эпилептик был «нечистым»: любой, кто прикасался к нему, становился добычей демона, и, сплевывая, человек пытался отделаться от демона и ускользнуть от заразы. Теофраст, характеризуя данное суеверие, писал: «Когда кто-нибудь видит сумасшедшего или эпилептика, он вздрагивает и плюет в его сторону», а триста лет спустя Плиний признавался: «В случае эпилепсии мы плюемся, таким образом избавляясь от инфекции». В предчувствии приступа больной убегал в пустынное место, где никто его не мог видеть, и накрывал голову. Больные эпилепсией жили в обстановке стыда и презрения. В X-XI веках для обозначения эпилепсии появился термин «падучий дьявол», а затем — «падучая болезнь». Предполагалось, что эпилептические приступы не вызываются собственной силой дьявола, а возникают, когда в теле человека нарушается внутренний баланс и оно становится подвластным дьявольскому влиянию. В XIII веке церковью распространялась точка зрения, что «падучей болезнью» можно заразиться через дыхание больного: «Когда он падает на землю, испуская пену изо рта, — берегитесь его, если вам дорога жизнь! Не разрешайте никому близко подходить, так как если его ужасное дыхание попадет в рот другого человека, тот может заболеть тем же» [Темкин О., 1924].

В средние века отношение к эпилепсии было двойственным — с одной стороны, эпилепсия вызывала страх, как заболевание, не поддающееся лечению, с другой стороны — она нередко ассоциировалась с одержимостью, трансами, наблюдавшимися у святых и пророков. Христианские теологи отмечали, что отдельные отрывки Корана свидетельствуют, что Магомет стра-

дал эпилепсией. Его приступы сопровождались заведением глазных яблок, конвульсивными движениями губ, потливостью, храпом, отсутствием реакции на окружающее. Предполагается, что эпилепсией страдали также св. Иоанн, св. Валентин.

Тот факт, что многие великие люди (Сократ, Платон, Плиний, Юлий Цезарь, Калигула, Петрарка и др.) страдали эпилепсией, послужил предпосылкой для распространения теории, что эпилептики — люди большого ума. Однако впоследствии (XVIII век) эпилепсия нередко стала отождествляться с сумасшествием и больных эпилепсией госпитализировали в психиатрические больницы. Лишь в 1849 г., а затем в 1867 г. в Англии и Германии были организованы первые специализированные клиники для больных эпилепсией.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Эпилепсия является одним из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний. Заболеваемость эпилепсией составляет 50-70 на 100 000 человек, распространенность — 5-10 на 1000 (0,5-1%). Не менее одного припадка в течение жизни переносят 5% населения, у 20-30% больных заболевание является пожизненным. У 70% пациентов эпилепсия дебютирует в детском и подростковом возрасте и по праву считается одним из основных заболеваний педиатрической психоневрологии. Заболеваемость высока в течение первых месяцев после рождения и несколько снижается после второго десятилетия. В странах СНГ этой болезнью болеют 2,5 млн человек. В Европе, где население насчитывает 400 млн человек, из 6 млн больных эпилепсией — около 2 млн детей страдают этим заболеванием. В настоящее время общее число больных эпилепсией на планете составляет 50 млн человек. Увеличение показателя распространенности эпилепсии в последние годы обусловлено большей обращаемостью к врачам, лучшей выявляемостью заболевания в связи с совершенствованием методов диагностики и активной деятельностью эпилептологических центров.

ЭТИОЛОГИЯ

Согласно современным представлениям, существует три разновидности эпилепсии: идиопатическая, симптоматическая, криптогенная.

1. *Идиопатическая,* при которой отсутствуют заболевания, могущие быть причиной эпилепсии, и эпилепсия является как бы самостоятельным заболеванием. Для нее характерны следующие особенности.

— Генетическая предрасположенность (высокая частота случаев эпилепсии в семьях пробандов.

— Лимитированный возраст дебюта заболевания — начало болезни преимущественно в детском и подростковом возрасте (например, юношеская миоклоническая эпилепсия никогда не дебютирует до 8 лет, а роландовая эпилепсия — после 13 лет).

— Отсутствие изменений в неврологическом статусе при рутинном обследовании.

— Нормальный интеллект.

— Отсутствие структурных изменений в мозге при нейрорадиологическом исследовании (компьютерной и магнитно-резонансной томографии).

— Сохранность основного ритма на ЭЭГ.

Относительно благоприятный прогноз с достижением терапевтической ремиссии отмечают в большинстве случаев.

Конкордантность по эпилепсии при использовании близнецового метода от 60 до 90% у однояйцевых и от 15 до 35% у двуяйцевых близнецов. Заболеваемость одного из родителей эпилепсией является фактором риска от 2 до 8%.

Возникновение идиопатической формы объясняется только возможной наследственной предрасположенностью, которую в большинстве случаев связывают с геном BF и HLA хромосомы 6.

2. *Симптоматическая* форма является следствием приобретенных, врожденных, наследственно-обусловленных поражений головного мозга. Первичные очаговые поражения становятся в этих случаях причиной формирования эпилептических очагов и очаговых нейронных разрядов. Возникновение первичного поражения мозга чаще всего наблюдается после черепно-мозговых травм, нейроинфекций, энцефалопатии, острых нарушений мозгового кровообращения. Нейроинфекций рассматриваются в качестве причины возникновения заболевания почти в половине случаев эпилепсии у детей. Это объясняется тем, что большое количество инфекционных заболеваний в детском возрасте сопровождается или осложняется поражением головного мозга, а также протекает в форме первичных серозных менингитов и менингоэнцефалитов. Эпилепсия развивается после данных заболеваний в ранние сроки, причем их каузальная роль в происхождении эпилепсии подтверждается частым обнаружением у этих детей очаговых атрофии и кист. Подобные очаговые поражения в детском возрасте становятся причиной формирования эпилептического очага и развития припадков, поскольку мозг ребенка отличается склонностью к распространению очаговых нейронных разрядов. Энцефалопатии представляют собой полиэтиологическую группу заболеваний с диффузным поражением головного мозга. В этиологии энцефалопатии ведущую роль играют многочисленные факторы врожденной предрасположенности. К ним относятся инфекции и интоксикации у матери в период беременности, несовместимость крови по резус-фактору, эндокринные и сердечно-сосудистые нарушения, использование фармакологических препаратов, ионизирующее излучение, и др. К энцефалопатиям часто приводят внутриутробная гипоксия плода, а также нарушения родовой деятельности — преждевременное отхождение около-

плодных вод, затяжные или стремительные роды, обвитие пуповиной, неправильное предлежание плода. В результате на фоне энцефалопатии развиваются тяжелые формы симптоматической эпилепсии у детей младенческого и раннего возраста.

Симптоматическая эпилепсия неоднородна и делится на две следующие подгруппы.

— Эпилепсия как болезнь, развивающаяся на почве перенесенных (завершенных к моменту начала заболевания) органических поражений головного мозга (черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации).

— При наличии активно протекающего прогредиентного церебрального процесса (сосудистые, алкогольные, опухолевые, воспалительные, паразитарные и пр.) эпилептические припадки следует расценивать как эпилептические синдромы с известной этиологией, верифицированные морфологическими нарушениями (опухоли, рубцы, глиоз, кисты, и др.).

3. *Криптогенная* эпилепсия — причина заболевания остается скрытой, неясной. Очевидно, что по мере развития новых возможностей диагностики эпилепсии (например, нейровизуализации) большинство видов криптогенной эпилепсии будет переведено в разряд симптоматических.

Описанное разделение эпилепсии на 3 формы не означает, что каждый случай болезни относится к одной из указанных групп — можно лишь предполагать вероятную причину заболевания.

Общепринятой остается концепция о «цепном патогенезе эпилепсии» [Абрамович Г. Б., 1969], согласно которой неблагоприятная наследственность способствует тому, что вредности перинатального периода приобретают патогенную роль.

ДИАГНОСТИКА ЭПИЛЕПСИИ

В последние годы изменился взгляд на диагностику эпилепсии. Принято считать, что диагноз эпилепсии должен быть доказательным, то есть анатомо-электро-клиническим. Это означает, что помимо клинической оценки пароксизмальных состояний диагностика должна основываться на результатах электроэнцефалографического и нейрорадиологического обследования. В течение многих лет ведущим направлением в обследовании эпилепсии является электроэнцефалограмма, с помощью которой можно не только выявить локализацию эпилептического очага, но и обнаружить типичные, характерные для эпилепсии изменения биоэлектрической активности. К ним относятся:

— острая волна;

— пик (зр1ке)-волна;

— сочетание пик (5р1ке)-волны — медленной волны.

Следует отметить, что эти изменения удается выявить лишь у 15-20% больных эпилепсией, при фоновой записи ЭЭГ. Однако то, что не выявляется при

спонтанном физиологическом обследовании, часто можно обнаружить, используя методы провокации (функциональные нагрузки):

— гипервентиляция;

— фотостимуляция;

— депривация сна;

— запись ночного сна;

— применение лекарственных препаратов;

— совмещение записи ЭЭГ с визуальной картиной припадков (ЭЭГ-видеомониторирование), что позволяет на протяжении длительного времени мониторировать ЭЭГ в сопоставлении с клиникой припадков.

Другим обязательным звеном в диагностике эпилепсии является нейроимиджинг (нейро-радиологическое обследование, нейровизуальное обследование). Он нацелен на выявление патологического процесса, постановку синдромального и этиологического диагноза, определение прогноза, тактики лечения. К методам нейроимиджинга относятся:

— магнитно-резонансная томография (МРТ) показана всем больным эпилепсией, кроме не вызывающих сомнений случаев с идиопатической эпилепсией;

— компьютерная томография (КТ) — в настоящее время признается адекватным только для выявления опухолей головного мозга;

— позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).

Особенно важное значение имеет постановка анатомического диагноза с помощью МРТ у больных:

— с припадками в первые годы жизни;

— при парциальных припадках;

— при фармакорезистентной эпилепсии.

При всем многообразии и полиморфизме эпилептических припадков для них характерны следующие общие признаки:

— внезапное начало;

— кратковременность (от долей секунды до 5-10 мин);

— самопроизвольное прекращение;

— стереотипность, фотографическое тождество на данном отрезке заболевания.

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ

Современная классификация эпилептических припадков принята Международной Лигой борьбы с эпилепсией в 1981 г. (табл. 16)*.

* **В** настоящей главе мы рассматриваем только те припадки, которые сопровождаются психопатологическими расстройствами. Именно поэтому разделы В **и III** исключены.

Таблица 16

Современная классификация эпилептических припадков

I. Парциальные (фокальные, локальные припадки)	**II. Генерализованные припадки**
А. Простые парциальные припадки 1. Моторные припадки а. фокальные моторные без марша б. фокальные моторные с маршем (джексоновские) в. адверсивные г. постуральные д. фонаторные 2. Сенсорные припадки а. соматосенсорные б. зрительные в. слуховые г. обонятельные д. вкусовые е. с головокружением 3. Вегетативно-висцеральные припадки 4. Припадки с нарушением психических функций а. афатические б. дисмнестические в. с нарушением мышления (идеаторные) г. эмоционально-аффективные д. иллюзорные е. галлюцинаторные **Б. Комплексные парциальные припадки** 1. Начало с простых парциальных припадков с последующим нарушением сознания а. начало с простого парциального припадка с последующим нарушением сознания б. Начало с простого парциального припадка с последующим нарушением сознания **и** двигательными автоматизмами 2. Начало с нарушения сознания а. только с нарушением сознания б. с двигательными автоматизмами	**А. Абсансы** 1. Типичные абсансы а. только с нарушением сознания б. с легким клоническим компонентом в. с атоническим компонентом г. с тоническим компонентом д. с автоматизмами е. с вегетативным компонентом 2. Атипичные абсансы а. изменения более выражены, чем при типичных абсансах б. начало и/или прекращение припадков происходит не внезапно, а постепенно **Б. Миоклонические припадки** **В. Клонические припадки** **Г. Тонические припадки** **Д. Тонико-клонические** **Е. Атонические (астатические припадки)**
В. Парциальные припадки со вторичной генерализацией 1. Простые парциальные припадки (А), ведущие к генерализованным судорожным припадкам 2. Комплексные парциальные припадки (Б), ведущие к генерализованным судорожным припадкам 3. Простые парциальные припадки, переходящие в комплексные парциальные припадки с последующим возникновением генерализованных судорожных припадков.	**III. Неклассифицированные припадки**

Парциальные припадки

Согласно приведенной классификации, эпилептические припадки могут быть парциальными (фокальными, локальными), возникающими вследствие очаговых нейронных разрядов из локализованного участка одного полушария. Они протекают без нарушения сознания (простые) или с нарушением сознания (комплексные). По мере распространения разряда простые парциальные припадки могут переходить в комплексные, а простые и комплексные трансформироваться во вторично генерализованные судорожные припадки. Парциальные припадки преобладают у 60% больных эпилепсией.

А. Простые парциальные припадки

В прежних классификациях для обозначения подобных предшественников вторично-генерализованного судорожного припадка использовалось понятие «аура» (термин Пелоноса), что означает «дуновение, легкий ветерок». Нейрохирурги и невропатологи называют ауру «сигнал-симптомом», так как ее характер является одним из основных клинических критериев для определения первичного эпилептического очага. При моторной ауре (когда больной начинает бежать), или ротаторной (крутится вокруг своей оси) — эпилептический очаг находится в передней центральной извилине, при зрительной ауре («искры, вспышки, звезды в глазах») — эпилептический очаг локализован в первичном корковом центре зрения затылочной доли, при слуховой ауре (шум, треск, звон в ушах) — очаг располагается в первичном центре слуха (извилина Гешля) в задних отделах верхней височной извилины, при обонятельной ауре (ощущение неприятного запаха) — фокус эпилептической активности обычно располагается в корковом центре обоняния (передняя верхняя часть гиппокампа) и т. д.

Таким образом, «аура» может представлять из себя простой парциальный припадок без потери сознания («изолированная аура»), а может быть этапом вторично-генерализованного судорожного припадка. В этом случае ощущения, которые испытывает больной во время ауры — это последнее, что он помнит до утраты сознания (обычно амнезии на «ауру» нет). Продолжительность ауры несколько секунд (иногда доли секунды), поэтому больной не успевает принять меры предосторожности, защитить себя от ушибов, ожогов при падении.

Что касается простых парциальных моторных припадков (I, А, 1), то их обычно называют джексоновскими, так как описаны Джексоном в 1869 г., который первый установил, что их возникновение связано с очаговым поражением передней центральной извилины (обычно начинается с подергивания угла рта, затем других мимических мышц лица, языка и далее «марш» переходит на руки, туловище, ноги этой же стороны).

Описание припадков из рубрик I. А. 1. и I. А. 2. в учебнике отсутствуют в связи с тем, что они подробно рассматриваются в руководствах по неврологии.

Большое значение для практического врача имеет своевременная диагностика **простых парциальных вегетативно-висцеральных припадков (I, A, 3).** Данные припадки возникают как изолированные пароксизмы, но могут трансформироваться в комплексные парциальные припадки или являются аурой вторично генерализованных судорожных припадков. Принято различать 2 клинических варианта этих припадков:

висцеральные припадки — неприятные ощущения в эпигастральной области, которые «подкатывают к горлу», «ударяют в голову» (эпигастральная аура), пароксизмальные сексуальные феномены в виде непреодолимого сексуального влечения, эрекции, оргазма («оргастические припадки»),

вегетативные припадки — характеризуются выраженными вазомоторными феноменами — гиперемией лица, нарушением терморегуляции с повышением температуры тела до субфебрильной с чувством озноба, жажды, полиурией, тахикардией, потливостью, булимией или анорексией, повышением АД, алгическими симптомами (кардиалгии, абдоминальная алгия и т. п.).

Нередко изолированные висцерально-вегетативные пароксизмы (или психовегетативные кризы, как принято их сейчас называть) рассматривают как проявление «вегетососудистой дистонии», «нейроциркуляторной дистонии», «вегетативного невроза», и т. д., что приводит к диагностическим ошибкам и неадекватности терапии.

Существуют критерии, характерные для эпилептических вегетативных припадков. К ним относятся:

— слабая выраженность или отсутствие провоцирующих факторов для их возникновения, в том числе психогенных;

— кратковременность (не превышает 5-10 мин);

— судорожные подергивания во время приступа;

— склонность к серийному протеканию приступов;

— постпароксизмальная оглушенность и дезориентировка в окружающем;

— сочетание с другими эпилептическими припадками;

— фотографическое тождество вегетативно-висцеральных пароксизмов, при котором каждый последующий приступ является точной копией предыдущего*

— характерные для эпилепсии изменения на ЭЭГ в межприступном периоде в виде гиперсинхронных разрядов; билатеральных вспышек высокоамплитудной активности; комплексов пик-волна — медленная волна и других специфических эпилептических изменений биопотенциалов мозга.

Раньше многие исследователи рассматривали вегетативно-висцеральные расстройства как результат поражения межуточного мозга (диэнцефалон) под терминами «диэнцефальный синдром», «диэнцефалез», «диэнцефальные кризы», «гипоталамический вегетативный синдром», «диэнцефальная эпилепсия» [Иценко Н. М., 1925; Маркелов Г. И., 1952; Шефер Д. Г., 1948; Голант Р. Я., 1950; Давиденков С. Н., 1952; Русецкий И. И., 1958; Гращенков Н. И., 1958].

В настоящее время установлено, что локализация эпилептического очага при вегетативно-висцеральных припадках может быть не только в диэнцефальной области, но и других мозговых структурах:

— амигдало-гиппокампальной области;
— гипоталамусе;
— оперкулярной области;
— орбито-фронтальной области;
— теменной;
— височной доле головного мозга.

В связи с этим вегетативно-висцеральные припадки изучают в разделе «симптоматической локально обусловленной эпилепсии» (Международная классификация эпилепсии, Нью-Дейли, 1989).

«Простые парциальные припадки с нарушением психических функций» («психические припадки») представлены в разделе I.А.4. К «психическим припадкам» относятся разнообразные психопатологические феномены, встречающиеся у больных эпилепсией как в виде изолированных приступов, так и в виде вторично генерализованных судорожных припадков.

Эта группа включает в себя следующие припадки.

1.А.4.а. Афатические припадки впервые описаны в 1957 г. W. Landau и F. Kleffner под названием «приобретенной эпилептической афазии». Чаще всего они появляются в возрасте 3-7 лет. Афазия является первым симптомом и носит смешанный сенсомоторный характер. Речевые нарушения возникают в течение нескольких месяцев. Сначала дети не реагируют на обращенную речь, в дальнейшем начинают использовать простые фразы, отдельные слова и, наконец, прекращают говорить совсем. К сенсомоторной афазии присоединяется слуховая вербальная агнозия, в связи с чем больным устанавливаются диагнозы раннего детского аутизма, тугоухости. Эпилептические припадки (генерализованные тонико-клонические, атонические, парциальные), как правило, присоединяются в течение нескольких недель после развития афазии. По мере развития заболевания у большинства больных отмечаются нарушения поведения в виде гиперактивности, повышенной раздражительности, агрессивности. На ЭЭГ выявляются типичные изменения в виде высокоамплитудных мультифокальных спайков или комплексов пик-волна в центровисочных и центрофронтальных отделах как доминантного, так и субдоминантного полушария. Во время сна происходит активация эпилептической активности, распространение пиков и комплекса на оба полушария.

I.А.4.6. Дисмнестические припадки. К ним относятся пароксизмы «уже виденного», «уже слышанного», «уже пережитого» (dejavu, deja etendu, deja vecu). Как правило, феномен «deja vu» выражается в чувстве знакомости, тождестве, повторяемости впечатлений, возникающих в процессе восприятия. При этом происходит как бы фотографическое повторение уже бывшей ситуации, появляется впечатление, что вся обстановка детально повторяется, как будто была сфотографирована в прошлом и перенесена в настоящее. Объекты редуплицированных переживаний — самые разнообразные явления, относящиеся как к воспринимаемой действительности, так и к психической деятельности больного (зрительные и слуховые впечатления, запахи, мысли, воспо-

минания, действия, поступки). Редупликация переживаний тесно переплетается с личностью больного, преломляется через нее — не события сами по себе повторяются, а их собственное настроение, созвучное какому-то прошлому. Слышанными кажутся не какие-то абстрактные слова песни, а именно те разговоры и беседы, в которых сам пациент принимал участие: «Я уже так думал, переживал, испытывал подобные чувства по отношению к данной ситуации». При появлении приступов «deja vu» больные мучительно пытаются вспомнить, когда они могли видеть то или иное положение вещей, ситуацию, пытаясь сконцентрировать свое внимание на этом воспоминании. Впоследствии при повторении этих состояний больные, не находя тождественности переживаемых ощущений в собственной реальной жизни, постепенно склоняются к выводу о том, что все это знакомо им по сновидениям, хотя никогда не удается локализовать эти сновидения в определенном временном интервале. Существенными особенностями эпилептических расстройств «deja vu» является их пароксизмальный характер, стереотипность и фотографическая повторяемость, при которой каждый последующий приступ является точной копией предыдущего. Во время приступа больные чувствуют себя как бы в другом измерении, застывают на месте, слышат обращенные к ним слова, однако их смысл доходит с трудом. Взгляд становится неподвижным, устремляется в одну точку, наблюдаются непроизвольные глотательные движения. В эти минуты они полностью сосредоточены на переживаниях «deja vu», не в состоянии оторвать взгляда от объекта. Сравнивают это ощущение с чтением очень интересной книги, когда никакая сила не может заставить оторваться от нее. После завершения приступа чувствуют слабость, усталость, сонливость, а иногда — потерю работоспособности, то есть состояние, близкое к тому, которое бывает после генерализованных тонико-клонических припадков.

Возникновение приступов «deja vu» связывают с амигдало-гиппокампальной локализацией эпилептического очага, причем при правостороннем очаге «уже виденное» встречается в 3-9 раз чаще, чем при левостороннем.

I.A.4.B. Идеаторные припадки характеризуются появлением чуждых, насильственных мыслей, при этом больной как бы «застревает» на одной мысли, от которой не в состоянии избавиться, например, о смерти, вечности или о чем-то прочитанном. Больные описывают такие состояния как «чужая мысль», «двойная мысль», «остановка мысли», «арест речи», «паралич речи», испытывают переживание «отщепления мышления от речи», «ощущение пустоты в голове», «мысли бегут с невероятной скоростью» — то есть все эти расстройства близки к шизофреническим («шперрунг», «ментизм») и требуют дифференциальной диагностики с шизофренией.

Локализация эпилептического очага у больных с идеаторными припадками соответствует глубоким отделам лобной или височной доли.

1.А.4.Г. Эмоционально-аффективные припадки. У больных появляется немотивированный пароксизмально возникающий страх с идеями самообвинения, предчувствия смерти, «конца света», напоминающие психовегетатив-

ные кризы с преобладанием тревожных расстройств («панические атаки»), что заставляет больных убегать или прятаться.

Значительно реже наблюдаются приступы с положительными эмоциями («счастье», «восторг», «блаженство», с яркостью, объемностью, рельефностью восприятия окружающего), а также с переживаниями, близкими к оргазму.

Ф. М. Достоевский так описывал свое состояние перед развитием вторично генерализованного судорожного припадка: «Вы все, здоровые люди, и не подозреваете, что такое счастье, то счастье, которое испытываем мы, эпилептики, за секунду перед припадком... Не знаю, длится ли это блаженство секунды или часы, или вечность, но верьте слову, все радости, которые может дать жизнь, не взял бы я за него». Еще образнее и ярче Ф. М. Достоевский описывает эмоционально аффективную ауру у героя романа «Идиот» князя Мышкина: «...вдруг среди грусти, душевного мрака, давления мгновениями как бы воспламенялся его мозг и с необыкновенным порывом напряглись разум, все жизненные силы его. Ощущение жизни, самосознания почти удесятирялось в эти мгновения, продолжавшиеся как молния. Ум, сердце озарялись необыкновенным светом; все волнения, все сомнения его, все беспокойства как бы умиротворялись разом, разрешались в какое-то высшее спокойствие, полное ясной, гармоничной радости и надежды...».

Эпилептический очаг у больных с эмоционально-аффективными припадками чаще всего обнаруживается в структурах лимбической системы.

1.А.4.Д. Иллюзорные припадки. Феноменологически эта группа припадков относится не к иллюзиям, а к психосенсорным расстройствам. Среди них выделяют следующие разновидности нарушений психосенсорного синтеза.

1. Приступы метаморфопсии характеризуются внезапно возникающими переживаниями, что окружающие объекты начинают менять свою форму, вытягиваются, закручиваются, меняют места своего расположения, находятся в постоянном движении, кажется, что все вокруг кружится, падает шкаф, потолок, комната сужается, появляется ощущение, что окружающее куда-то уплывает, предметы поднимаются вверх, приходят в движение, надвигаются на больного или отдаляются. Это явление описано в литературе под названием «оптическая буря» и связано с нарушением константности восприятия, в результате чего предметный мир превращается в калейдоскопический хаос — мелькание красок, форм, размеров. Вестибулярный компонент является ведущим в структуре приступов метаморфопсии — «при обнаружении вестибулярных расстройств мы как за ниточку вытаскиваем всю гамму психосенсорных явлений» [Гуревич М. О., 1936].

Эпилептический очаг у больных с метаморфопсией чаще локализуется в области стыка височных, теменных, затылочных долей.

2. Приступы расстройств «схемы тела» (соматопсихической деперсонализации), при которых больные испытывают ощущения увеличения частей тела, ощущения вращения тела вокруг своей оси, переживая удлинение, укорачивание, искривления конечностей.

В некоторых случаях расстройства «схемы тела» отличаются массивностью, фантастичностью, нелепостью («руки и ноги отрываются, отделяются от тела, голова увеличивается до размеров комнаты» и т. д.). Приводим наблюдение.

Пример. У больной Ш., 14 лет, через 2 месяца после тяжелого гриппа с явлениями менингоэнцефалита перед засыпанием при закрытых глазах стали появляться ощущения, что руки выбухают и, превращаясь в шары, летают по комнате. В первое время было очень интересно и забавно, но эти состояния стали наблюдаться каждый вечер, всякий раз усложняясь и обрастая новыми деталями. Чувствовала, что кости расходятся, отделяются от мышц, мышцы закручиваются вокруг предметов, а тело рассыпается на кости, вертящиеся перед глазами. Больная чувствовала, что голова увеличивается, вертится вокруг шеи, затем улетает в сторону и бежит за ней. Чувствовала, что руки меняют форму и размеры: то они толстые и короткие, то длинные, воздушные, как у волка из мультфильмов. Была убеждена в том, что судорожные припадки — это счастье по сравнению с вышеописанными переживаниями, «настолько тягостно и тяжело чувствовать, что собственное тело распадается на кости, вертящиеся в воздухе».

3. Пароксизмы аутопсихической деперсонализации характеризуются переживаниями нереальности своего «Я», ощущением преграды, оболочки между собой и окружающим миром. Больные не могут слить воедино все предметы и явления, испытывают страх перед необычностью, непознаваемостью окружающего. Собственное лицо кажется им чуждым, мертвым, далеким. В некоторых случаях отчужденность восприятия собственной личности может достигать выраженности синдрома аутометаморфозы с переживанием превращения в другого человека.

Эпилептический очаг у этой группы больных чаще локализуется в правой теменно-височной доле.

4. Дереализационные пароксизмы характеризуются:

— ощущением нереальности, неестественности, непривычности восприятия окружающего;

— отсутствием объемности восприятия (объекты кажутся плоскими, как на фотографии);

— блеклостью, бледностью окружающего мира, потерей остроты и четкости его восприятия;

— изменением восприятия цвета и окраски окружающего;

— отчуждением предметов, лиц («обесчеловеченность» окружающего);

— чувством неизвестности, непознаваемости реального мира;

— потерей смысла внутреннего значения окружающего;

— никчемностью, ненужностью окружающего, пустотой внешнего мира;

— переживаниями «нематериальности» окружающего, невозможностью осязать окружающий мир как реальность.

В таком состоянии предметы воспринимаются как бы ненастоящими, обстановка кажется неестественной, нереальной, с трудом доходит до сознания смысл происходящего вокруг. Приводим наблюдение.

Пример. Больной Ю., 16 лет. Спустя 5 лет после первого судорожного припадка стало появляться ощущение, что речь окружающих неожиданно теряет свой обычный смысл. При этом слова, фразы, буквы внезапно приобретали какой-то особый смысл, понятный только ему. В этот момент ему казалось, что как-то очень здорово, оригинально понимает внутреннее значение фраз — слышался голос человека, но угадывалось что-то особое, другое, лишь по движениям головы, губ, рук окружающих знал, что человек что-то говорит или просит. Длительность такого состояния продолжалась несколько секунд, при этом сознание не выключалось, не исчезала способность реагировать на окружающее, однако настолько был поглощен переживаниями, что другие мысли и рассуждения не появлялись. В таком состоянии не мог произнести ни слова, хотя подчеркивал, что если бы удалось очень сосредоточиться, то можно было бы односложно ответить на какой-либо вопрос.

Эпилептический очаг у этих больных находится обычно в задних отделах верхней височной извилины.

Таким образом, для всей группы простых парциальных припадков с нарушением психических функций характерно состояние измененного сознания, известное под названием «особые состояния сознания».

Первое употребление термина «особые состояния» (Ausnahmezustande) принадлежит H. Gruhle (1922), которые он понимал как легкие сумеречные состояния с нарушением аффекта, галлюцинаторно-бредовыми переживаниями, но без последующей амнезии, то есть сознание изменяется, но не затемняется, как при сумеречных состояниях». Согласно этой позиции различие между особыми и сумеречными состояниями лишь количественное, то есть при особых состояниях происходит меньшая степень расстройства сознания, в связи с чем и не развивается амнезия.

Такие же расстройства, но под другим названием (dreamy states) изучал I. Jackson (1884), анализируя больных эпилепсией с «интеллектуальной аурой». «Сновидные состояния» он описывал как «внезапное возникновение в сознании образов, не связанных с реальной ситуацией, странность, нереальность, ощущение измененности восприятия окружающего, отсутствие амнезии после завершения приступа, а также наличие иллюзий, вкусовых и обонятельных галлюцинаций, насильственных воспоминаний».

Однако современное понимание «особых состояний сознания» связано с концепцией М. О. Гуревича (1936), который в качестве главного признака «особых состояний» выделил «лакунарный характер нарушений сознания», в отличие от генерализованного характера при сумеречных состояниях. Лакунарность выражается не только в отсутствии амнезии, но и в том, что по окончании приступа больные критически относятся к пережитому во время особых состояний и, как правило, не приходят к бредовой интерпретации.

Главными симптомами «особых состояний сознания» М. О. Гуревич считал психосенсорные расстройства, в которые включал деперсонализацию [Krishaber M., 1873; Dugas L., 1915], дереализацию [Mapother E., 1935], феномен «deja vu» [Wigan J., 1844), нарушение схемы тела [Head H., 1920;

Potzl О., 1924], метаморфопсии [Pick A., 1876; FlornoyT., 1893], пространственные расстройства в виде симптома поворота окружающего на 90° и 180° [Виккер А. П., 1933], оптико-вестибулярные нарушения [Гуревич М. О., 1932]. В то же время М. О. Гуревич не признавал возможности сочетания психосенсорных расстройств со зрительными, слуховыми, обонятельными галлюцинациями, а тем более с бредовыми идеями. Однако в более поздних работах другие авторы включали в группу психосенсорных расстройств вербальные истинные и псевдогаллюцинации [Шмарьян А. С, 1940], зрительные галлюцинации и явления психического автоматизма [Абрамович Г. Б., Адамович В. А., Харитонов Р. А., 1967], обонятельные и вкусовые галлюцинации [Биликевич Т., 1970, Воробьев С. П., 1971], насильственные воспоминания [Борейко В. Б., 1973], перцепторные обманы ориентации [Короленок К. X., 1946J.

1.А.4.е. Галлюцинаторные припадки. 1. Обонятельные галлюцинации (приступообразные ощущения не существующих в данный момент запахов). Как правило, больные чувствуют один строго определенный, резко неприятный запах бензина, краски, фекалий. Однако запах может быть недифференцированным, с трудом поддающимся описанию.

2. Вкусовые галлюцинации проявляются неприятными ощущениями привкуса во рту (металла, горечи, горелой резины).

3. Слуховые галлюцинации подразделяются на элементарные (акоазмы — шум, треск, свист) и вербальные («голоса» угрожающего, комментирующего императивного характера).

4. Зрительные галлюцинации бывают также элементарными (вспышки света, точки, круги, молнии) и сложными с панорамным изображением людей, животных и их перемещением. Нередко больные наблюдают смену картин, динамику сюжета, как в кино. Особенно характерны экмнестические галлюцинации (галлюцинации-воспоминания), проявляющиеся в возникновении образов и сцен, имевших реальное место в жизни пациентов много лет назад. Иногда они достигают такой яркости и образности, что больные как бы просматривают фильм, в котором видят себя со стороны (аутоскопия).

Б. Комплексные парциальные припадки

Чаще всего наблюдаются комплексные парциальные припадки с автоматизмами (1.Б.2.6) — прежнее название «психомоторные припадки», представляющие собой варианты сумеречного помрачения сознания.

Их основным клиническим проявлением является непроизвольная двигательная активность больного с выполнением действий различной сложности на фоне сумеречного помрачения сознания. Продолжительность приступов — 3-5 мин, после их завершения наступает полная амнезия.

По характеру доминирующего автоматизма различают следующие его разновидности [Daly D., 1982]:

1. Приступы орального автоматизма (оралиментарные припадки) — проявляются в форме глотания, жевания, сосания, облизывания, высовывания языка и других оперкулярных симптомов.

2. Автоматизм жестов — характеризуется потиранием рук, расстегиванием и застегиванием одежды, перебиранием предметов в сумочке, лереставлением предметов мебели.

3. Речевые автоматизмы — произнесение не имеющих смысла слов, фраз (связанных между собой или бессвязных).

4. Сексуальные автоматизмы — проявляются мастурбацией, развратными действиями, эксгибиционизмом (встречается чаще у мужчин).

5. Амбулаторные автоматизмы — характеризуются передвижением больных в состоянии сумеречного помрачения сознания (стремятся куда-то бежать, отталкивают окружающих, сбивают стоящие на их пути предметы).

6. Сомнамбулизм (лунатизм) — во время дневного или ночного сна больные совершают автоматизированные, иногда опасные для жизни действия.

II. Генерализованные припадки

Л. Абсансы

В переводе с французского «abcance» означает «отсутствие». При типичных абсансах на ЭЭГ регистрируется специфическая для данного типа припадков билатерально-синхронная симметричная эпилептическая активность в виде комплексов пик-волна с частотой 3 колебания в 1 секунду в глубоких (стволовых) отделах головного мозга.

В первых классификациях эпилепсии этот тип припадков называли «малый эпилептический припадок» («petit mal»), или генерализованный бессудорожный припадок.

При **типичных (простых) абсансах (II.A.l.a.)** происходит кратковременное выключение сознания. При этом больной «застывает», прерывая предыдущие действия (речь, чтение, письмо, движение, еду). Глаза устремляются в одну точку, контакт с окружающими прерывается, взгляд становится отсутствующим, лицо бледнеет. Абсанс прекращается так же внезапно, как и начался, больные называют эти состояния «задумками» и обычно их амнезируют. В зависимости от отсутствия или наличия двигательной реакции типичные абсансы разделяются на простые и сложные. Сложные абсансы могут сопровождаться легким клоническим компонентом (П.А. 1.6.) — подергиванием век, глазных яблок, мышц лица.

При **абсансах с атоническим компонентом (Н.А.I.В.)** обычно падают из рук предметы, мышечный тонус может снижаться до такой степени, что происходит общее падение.

Абсансы с тоническим компонентом (II.A.l.г.) часто встречаются у детей в виде:

— пропульсивных («кивки», «салаамовы припадки», напоминающие движения при восточном приветствии);

— импульсивных (внезапное вздрагивание);

— ретропульсивных (с наклоном головы и туловища назад).

Абсансы с автоматизмами (И.А.1.Д.) сопровождаются автоматизированными действиями (чмокание губами, глотание, мычание, хрюкание, измене-

ние интонации голоса, ощупывание одежды, «верчение» в руках предметов и т. д.). Короткая продолжительность этих припадков (до 15 секунд) и характерные изменения на ЭЭГ помогают дифференцировать их от комплексных парциальных припадков с автоматизмами.

Д. Тонико-клонические припадки

Одно из последних мест в современной классификации эпилептических припадков занимает генерализованный тонико-клонический припадок — самый частый, известный, распространенный вид эпилептических припадков (старое название — большой судорожный припадок, grand mal, генерализованный судорожный припадок).

Совсем не случайным является то обстоятельство, что в отличие от предыдущих классификаций современная классификация не выдвигает на ведущее место генерализованный судорожный припадок, так как, занимая центральное положение в клинической картине эпилепсии, он не только не исчерпывает всю ее сложность, многообразие, но и не определяет специфическую сущность эпилептической болезни, поскольку тонико-клонический припадок является неспецифической реакцией мозга на действие различных патогенных факторов (особенно в детском возрасте). Но гипердиагностика судорожных форм эпилепсии такое же типичное явление среди врачей, как и гиподиагностика бессудорожной эпилепсии. «Большой судорожный припадок отнял у эпилепсии право на раннюю диагностику» [Воронков Г. Л., 1972].

Стадии тонико-клонического припадка:

а. За несколько часов (реже дней) до появления тонико-клонического припадка у ряда больных появляются его предвестники («эпилептические продромальные явления» по Сараджишвили П. М. и Геладзе Т. **Ш., 1977),** которые проявляются изменением поведения, мрачностью, угрюмостью, замкнутостью, раздражительностью, злобностью, тревогой, страхом, снижением работоспособности. При появлении этих симптомов родственники больных, а в некоторых случаях сами больные, пытаются принять меры предосторожности, но это обычно не удается, так как они не могут точно предугадать время появления припадка.

б. Как уже отмечалось ранее, первым проявлением тонико-клонического припадка является «аура» (моторная, адверсивная, ротаторная, зрительная, слуховая, вегетативная, висцеральная, психическая, в том числе идеаторная, аффективная, психосенсорная, дисмнестическая, галлюцинаторная и т. д.), что наблюдается у более чем половины больных. Тонико-клонический припадок, развивающийся вслед за аурой, носит название «комплексный парциальный судорожный припадок», старое название «вторично генерализованный судорожный припадок».

При генерализованных тонико-клонических припадках (прежнее название «первичные генерализованные судорожные припадки») аура отсутствует, поэтому припадок начинается внезапно — выражение лица становится отсутствующим, глаза закатываются, лицо искажается гримасой, больной пада-

ет «как подкошенный», издавая при этом истошный крик («вокализация»), возникающий в результате тонического спазма мышц голосовой щели, груди, живота. Нередко во время падения больной получает ожоги, тяжелые ушибы головы, переломы конечностей.

в. Вслед за этим возникает тоническая фаза (20-30 секунд) с прикусом языка, мочеиспусканием (редко с дефекацией), затруднением дыхания (так как тонические судороги распространяются на диафрагму).

г. Затем — клоническая фаза — короткие, вибрирующие сокращения мышц сгибателей с резким цианозом, пенистыми выделениями изо рта. Длительность клонической фазы — 1,5-2 мин.

д. Вслед за этим наступает сон, который продолжается от нескольких минут до 2-3 ч.

е. У некоторых больных сон может быть очень кратковременным или вообще отсутствовать, но развивается постприпадочное сумеречное расстройство сознания, во время которого совершаются как простые стереотипные движения (больные одеваются, собирают вещи, стремятся куда-то пойти), так и нецеленаправленные действия со злобностью, раздражительностью, агрессией по отношению к окружающим).

В отличие от эпилептических тонико-клонических припадков, возникающих, как правило, спонтанно, для истерических припадков требуется два главных условия — конфликтная ситуация и зрители. Длительность истерических припадков значительно превышает продолжительность эпилептических — от 30 мин до нескольких часов и даже суток). При истерических припадках не бывает тяжелых ушибов, ожогов, судорожные проявления носят вычурный разнообразный характер («фаза страстных поз», «фаза клоунизма» по Шарко), нет стереотипности (фотографического тождества), как при эпилепсии, отсутствует непроизвольный энурез, постприпадочный сон, нет специфических для эпилепсии изменений на ЭЭГ и, самое главное, сознание в момент истерического припадка полностью или частично сохранено, что подтверждается нормальной реакцией зрачков на свет, реакцией на боль, наличием корнеального рефлекса и отсутствием патологических рефлексов.

Описание припадков II А.1.6., II А.I.е., а также II Б., В., Г., Е. исключено по вышеозначенным причинам.

Ситуационно обусловленные припадки

В Международной классификации эпилепсии (Нью-Дейли, 1989) в разделе «специальные синдромы» выделена подгруппа 4.1. «припадки, связанные с определенной ситуацией» (прежние обозначения «эпизодическая эпилептическая реакция», «рефлекторные припадки»). Припадки, связанные с определенной ситуацией, относятся к тонико-клоническим припадкам и представляют собой эпизодическую реакцию как результат действия экзогенного или психогенного фактора.

Известно множество различных вредностей, приводящих к эпилептическим припадкам, появление которых не влечет за собой диагноза «эпилепсия». К ним относятся:

— алкогольная и наркотическая интоксикация;
— отравление барбитуратами, психотропными препаратами;
— острый период черепно-мозговых травм;
— острые токсические энцефалопатии, особенно обусловленные действием так называемых «судорожных» ядов — стрихнин, коразол, а также возбудители столбняка, бешенства, пенициллин, фуросемид, и т. д.;
— почечная и печеночная недостаточность;
— состояние гипергликемии, гипогликемии, гипо- и гиперкальциемии, гиперкалиемия, гипонатриемия различной этиологии;
— тяжелые поражения мозга на фоне прекоматозного или коматозного состояния;
— тяжелые степени перегревания и переохлаждения;
— действие ионизирующего излучения, электротравмы различной тяжести.

Среди ситуаций, приводящих к развитию эпилептических припадков, описаны также:

— прерывистое действие световых раздражителей на зрительный анализатор («фотогенные», «фотосензитивные», «телевизионныеприпадки», «компьютерная эпилепсия», «эпилепсия звездных войн»;
— «аудиогенные» и «музыкогенные» припадки;
— эпилепсия счета «математические припадки», припадки при игре в шахматы, карты в казино;
— «эпилепсия еды» (отдельно описана «эпилепсия твердой и жидкой пищи», «эпилепсия яблок» и т. д.);
— эпилептические припадки при катастрофических психогениях;
— особое место среди ситуационно обусловленных припадков занимают «фебрильные судороги», представляющие собой генерализованные тонико-клонические или тонические припадки, возникающие у детей от 3 месяцев жизни до 5 лет на фоне повышения температуры тела.

Частота фебрильных судорог составляет 3-5% в детской популяции, а в некоторых регионах мира — до 8-14%. Как правило, судорожный приступ у ребенка возникает на фоне сопутствующего заболевания (чаще респираторно-вирусной инфекции) и не оказывает повреждающего действия на мозг. Важно отметить, что существуют простые и сложные фебрильные судороги. Простые фебрильные судороги составляют 80-90% от всех фебрильных судорог. Характерными их особенностями являются:

— единичные эпизоды;
— короткая продолжительность (не более 15 минут);
— генерализованные тонико-клонические пароксизмы (потеря сознания, вытягивание и напряжение конечностей, их симметричное подергивание).

Сложные фебрильные судороги характеризуются следующими признаками:

— повторяемость в течение 24 часов;
— продолжительность более 15 минут;
— фокальный (очаговый) характер — отведение взора вверх или в сторону, подергивание одной конечности или ее части, остановка взора.

Дифференциация фебрильных судорог на простые и сложные имеет принципиально важное значение для прогноза течения заболевания. В большинстве случаев фебрильные судороги имеют благоприятный прогноз и самостоятельно исчезают после 5-6 лет. Лишь у 4-5% детей с фебрильными судорогами наблюдается в дальнейшем переход в эпилепсию. Наиболее часто в эпилепсию трансформируются сложные фебрильные судороги, поэтому дети, перенесшие хотя бы один эпизод сложных фебрильных судорог, составляют группу риска и нуждаются в длительном, до 5-7 лет, наблюдении педиатром и неврологом.

Фебрильные судороги имеют тенденцию к повторению примерно у $^1/_3$ всех детей, однако поскольку риск развития эпилепсии при фебрильных судорогах не превышает 4%, пролонгированное противосудорожное лечение в этих случаях, как правило, нецелесообразно. Факторами риска для развития эпилепсии у детей с фебрильными припадками являются: ранний дебют (до 1 года), парциальный характер припадков, неврологическая симптоматика после завершения припадка, семейный характер фебрильных припадков, длительные изменения на ЭЭГ, повторение припадков при соматических заболеваниях.

Любая из перечисленных ситуаций и вредностей может не только быть эпизодической реакцией, но и играть роль провоцирующего фактора в возникновении генерализованных тонико-клонических припадков у больных эпилепсией, в том числе тяжелых психогений. Еще E. Gowers в 1892 г. указывал на этиологическую роль психотравм в развитии эпилепсии.

Эпилептический статус

Эпилептический статус (ЭС) является самым грозным осложнением эпилепсии и представляет непосредственную угрозу для жизни больного. При ЭС каждый последующий припадок возникает раньше, чем больной полностью вышел из предыдущего.

Клинические проявления ЭС зависят от типа припадка, в связи с чем его подразделяют: ЭС генерализованных судорожных (тонико-клонических, тонических, клонических), бессудорожных (статус абсансов) и парциальных припадков.

У 80 % больных ЭС проявляется в виде повторяющихся тонико-клонических припадков. Их следует отличать от серийных генерализованных тонико-клонических припадков, при которых в межприступном периоде полностью восстанавливается сознание. Однако больные с серийными судорожными припадками имеют высокий риск их трансформации в ЭС [Карлов **В.** А., **1990].**

ЭС возникает как у больных с уже установленным диагнозом «эпилепсия» , так и у больных без указания на эпилептический припадок в прошлом («инициальные ЭС»).

Основные причины ЭС при установленном диагнозе «эпилепсия» следующие:

— нарушение режима (депривация сна, алкоголизация);
— слишком быстрая отмена противоэпилептических препаратов;
— соматические и инфекционные заболевания;
— беременность;
— относительное уменьшение дозы антиконвульсантов вследствие значительного увеличения массы тела (например, при возрастных сдвигах у детей);
— лечение эпилепсии у магов, экстрасенсов, колдунов.

Наиболее частыми причинами инициального ЭС являются текущие заболевания мозга (острые нарушения мозгового кровообращения, менингиты, энцефалиты, черепно-мозговые травмы), метаболические нарушения экстрацеребрального происхождения (почечная недостаточность, гипогликемия, гипонатриемия, остановка сердца и т. д.).

Может иметь значение ятрогенный фактор — передозировка медикаментов, чаще всего антидепрессантов и нейролептиков фенотиазинового ряда), внезапная отмена седативных и наркотических препаратов у больных, длительное время их принимающих.

И, наконец, у 5% больных ЭС служит дебютом эпилепсии, причем в дальнейшем развивается статусообразная форма эпилепсии, при которой эпилептические припадки развиваются только в виде ЭС, чаще при эпилептическом очаге в лобной доле [Карлов В. А., 1998].

В первые часы ЭС наблюдается значительное повышение АД, тахикардия. В дальнейшем АД постепенно снижается, что приводит к резкому повышению мозгового венозного давления, а в последующем к выраженной ликворной гипертензии, нарастающему отеку мозга, глубокой церебральной гипоксии, обусловленной тяжелыми метаболическими и дыхательными нарушениями.

ЭС — ургентное состояние, требующее неотложных адекватных действий, и, прежде всего, максимально раннего начала терапии на месте или в машине скорой помощи. Основное средство для купирования ЭС — диазепам (седуксен, реланиум), которые следует вводить медленно внутривенно струйно, до 100 мг в 500 мл 5% раствора глюкозы. При неудаче проводится наркоз (первая-вторая ступень хирургической стадии), при отсутствии эффекта — сверхдлинный комбинированный наркоз с применением мышечных релаксантов и искусственной вентиляции легких. Одновременно необходимо обеспечивать проходимость верхних дыхательных путей (ингаляция смесью с повышенным содержанием кислорода). При ЭС, обусловленном опухолью головного мозга, вводят гепарин, гексаметазон. Для снятия отека мозга применяется внутривенно фуросемид (лазикс) по 2-4 мл, маннитол (30 г) с мочевиной (30 г). Целесообразно проведение противосудорожной терапии ампулированными препаратами (фенобарбитал 20 мг на 1 кг массы тела; фенитоин (дифенин) — 8 мг на 1 кг массы тела. При отсутствии эффекта от вышеперечисленных мероприятий проводится спинномозговая пункция с выведением ликвора (20-30 мл) с целью снижения внутричерепного давления и борьбы с отеком мозга.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПСИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Эпилепсия детского возраста отличается большим числом резистентных к лечению форм и полиморфизмом припадков, а также, что особенно важно, именно в детстве за многими неясными болевыми приступами, пупочными коликами, обмороками, ацетонемическими рвотами могут скрываться замаскированные этими проявлениями эпилептические приступы органической природы. Вместе с тем часто неэпилептические феномены и состояния, такие как снохождение, ночные страхи, мигрень, энурез, синкопальные состояния, конверсионные (истерические) припадки расцениваются как эпилепсия. Некоторые специалисты экстраполируют в эпилепсию и расценивают как эпилептические феномены, описанные расстройства не только у самих больных, но и у их родственников, обозначая их как болезни эпилептического круга. Такие больные годами без должного эффекта получают противоэпилептические препараты. На самом деле, как при любом мультифакториальном заболевании, каковым и является эпилепсия, в родословной больных и у самого больного можно найти множество пароксизмальных расстройств неэпилептической природы. Поэтому в настоящее время термин «предэпилепсия» и «болезни эпилептического круга» не применяются. Общими чертами эпилептических припадков детского возраста являются:

— частота неразвернутых, незавершенных, рудиментарных форм;

— наличие форм или сочетаний припадков, не встречающихся у взрослых;

— высокий удельный вес абсансных форм приступов;

— трансформация припадков с возрастом;

— нередкое развитие постприпадочных очаговых симптомов.

При детской эпилепсии часто наблюдается злокачественное течение с развитием психопатологической симптоматики и задержкой психического развития. С другой стороны, в детском возрасте встречаются абсолютно доброкачественные формы заболевания, заканчивающиеся выздоровлением. У детей возможны отставленные формы заболевания, когда припадки, начавшиеся в период новорожденности, прекращаются и возобновляются значительно позже.

Основными специфическими формами детской эпилепсии являются:

— *Детская абсансиая эпилепсия (пикиолепсия).* Обычно начинается у детей 6-7 лет. Данная форма чаще встречается у девочек и характеризуется выраженной наследственной предрасположенностью. Ключевым клиническим симптомом являются типичные абсансы, которые в большинстве случаев протекают с тоническим компонентом в виде ретропульсий. Частота абсансов может достигать нескольких десятков в сутки, наблюдаются статусы абсансов. Ретропульсивные абсансы часто сопровождаются легким клоническим компонентом с подергиваниями мышц лица и век. Очаговая неврологическая симптоматика, задержка психомоторного развития, нейродеструктивные изменения в мозге не обнаруживаются. Данная форма эпилепсии хорошо поддается лечению.

— *Ювенилышя абсансная эпилепсия* начинается в пубертатном возрасте и характеризуется сочетанием простых абсансов с генерализованными тонико-клоническими припадками. Эта форма также хорошо поддается лечению.

— *Ювенильная миоклоническая эпилепсия (импульсивные малые припадки Янца).* Дебютирует у больных 12-18 лет, чаще у девочек. Отмечается наследственная предрасположенность. Характеризуется генерализованными миоклоническими припадками, представляющими собой внезапные симметричные или асимметричные подергивания в мышцах плечевого пояса на фоне сохраненного сознания. Приступы выглядят как вздрагивание одной или обеих рук («взмах крыльев»), внезапное выпадение предметов из рук, их непроизвольное откидывание в сторону, резкий поворот головы и туловища. Нередко в миоклонический приступ вовлекаются мышцы тазового пояса — больные внезапно приседают, могут подать на колени или ягодицы (миоклонико-астатические припадки). Припадки возникают сериями или в виде залпов по 5-20 раз подряд, с интервалом несколько часов.

— *Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими припадками при пробуждении.* Начинается в 10-20 лет, характеризуется часто наследственной предрасположенностью. Припадки развиваются сразу после пробуждения, независимо от того, в какое время суток больные просыпаются.

— *Синдром Веста (инфантильный, младенческий спазм).* Это один из наиболее частых возрастзависимых эпилептических синдромов. Начинается в возрасте до 1 года с пиком заболеваемости от 2 от 7 месяцев, чаще у мальчиков. В типичных случаях характеризуется триадой симптомов: генерализованными миоклоническими или миоклонико-тоническими припадками, задержкой психомоторного и речевого развития, гипсаритмией. Клинически припадки проявляются как внезапные, резкие сгибания головы («кивки»), головы и плеч («клевки»), медленные тонические наклоны с разгибанием и отведением рук по типу «восточного приветствия» («салаамовы судороги»), пропульсивные движения с падением вперед. Сопровождаются криком, испуганным выражением лица, гримасой улыбки. Длительность приступа от долей секунды до нескольких секунд. Приступы могут быть единичными или повторяться, образуя серию приступов до нескольких десятков и даже сотен раз в день. Наиболее часто появляются перед сном и при засыпании, во время и после пробуждения. На ЭЭГ у детей с синдромом Веста регистрируется особый вид нарушений — гипсаритмия. Она характеризуется отсутствием основной активности и наличием асинхронной медленной активности, перемежающейся с острыми волнами или спайками. Течение заболевания неблагоприятное.

— *Синдром Леннокса-Гасто.* Представляет собой возрастзависимый эпилептический синдром, дебютирующий в возрасте 1-8 лет. В типичных случаях характерна триада симптомов: эпилептические припадки преимущественно по типу генерализованных тонических, атонических, атипичных абсансов; задержка психомоторного и речевого развития; специфические изменения на ЭЭГ. Тонические припадки встречаются у 100% больных. Они

кратковременные (5-20 секунд) и протекают по типу тонико-аксиальных. Отмечаются атонические припадки (drop attacs) и атипичные абсансы. Возможны и другие типы припадков: генерализованные тонико-клонические, клонические, миоклонические, парциальные. Припадки имеют склонность к высокой частоте и серийности. Нередко развивается эпилептический статус. Сопровождаются выраженной задержкой психомоторного и речевого развития. В диагностике данного синдрома большое значение придается изменениям на ЭЭГ, которые в типичных случаях характеризуются диффузными медленными разрядами в виде комплексов спайк-волна с частотой 1-2 Гц в межприступном периоде. Течение заболевания неблагоприятное.

— *Доброкачественная детская эпилепсия с центровисочными спайками (доброкачественная роландическая эпилепсия).* Типичная клиническая картина роландической эпилепсии представлена ночными простыми парциальными припадками с предшествующей соматосенсорной аурой. Приступы наблюдаются при засыпании, во сне, реже при пробуждении. Больные издают своеобразные горловые звуки типа «булькания», «хрюкания», «полоскания горла». Соматосенсорная аура характеризуется анилатеральными парестезиями в области глотки, языка, десны. На ЭЭГ регистрируются высоковольтные центровисочные спайки, часто сопровождающиеся медленными волнами. Эта форма отличается благоприятным течением и прогнозом. Припадки кратковременные и редкие и в 98% случаев полностью прекращаются к 12 годам.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Принято разделять психические расстройства при эпилепсии относительно ведущего синдрома.

1. Психические нарушения в качестве продрома припадка — у 10% больных, по данным Janz (1969).
2. Психические нарушения как компонент припадка.
3. Постприпадочное нарушение психики.
4. Психические нарушения в межприступном (интериктальном) периоде.

Кроме того, психические расстройства при эпилепсии делятся на пароксизмальные и перманентные (постоянные).

Пароксизмальные психические расстройства

Психические припадки

Психические припадки, описанные в разделе простых парциальных сенсорных припадков (I.A.2.), простых парциальных припадков с нарушением психических функций, а также комплексных парциальных припадков

(I.Б.), при которых вышеописанные психические расстройства выступают в виде ауры генерализованных судорожных припадков. Продолжительность психических припадков от 1-2 секунд до 10 минут.

Транзиторные психические расстройства

Транзиторные психические расстройства представляют собой более длительные нарушения, чем припадок (от нескольких часов до суток). К ним относятся следующие психопатологические расстройства.

Эпилептические расстройства настроения

Среди них самой распространенной формой являются дисфории. Они характеризуются сочетанием тоски, злобы, беспричинного страха. В зависимости от преобладания того или иного вида аффекта различаются: меланхолический (тоска), эксплозивный (злоба), анксиозный (тревога, страх) варианты дисфории.

В редких случаях наблюдаются состояния повышенного настроения, сопровождающиеся восторженностью, приподнято-экстатическим настроением, экзальтацией, иногда с чертами дурашливости, паясничания (мориоподобный вариант дисфории).

Сумеречное помрачение сознания

Для него характерны критерии, сформулированные K. Jaspers в 1911 г.:

— отрешенность от окружающего мира;

— дезориентировка во времени, месте, окружающем;

— непоследовательность, фрагментарность мышления;

— амнезия после завершения состояния помрачения сознания.

Основными признаками сумеречного помрачения сознания являются:

— острое, внезапное начало, часто молниеносное, без каких-либо предвестников;

— транзиторность, относительная кратковременность (как правило, не превышающая нескольких часов);

— охваченность сознания аффектом страха, тоски, злобы, ярости («напряженность аффекта»);

— дезориентировка, прежде всего, в собственной личности, при которой человек лишается способности содержательно воспринимать действительность и одновременно осуществлять целенаправленную деятельность в соответствии с требованиями общественного запрета и даже инстинкта самосохранения;

— яркие галлюцинаторные образы и острый чувственный бред;

— либо видимая последовательность, даже обусловленность поступков и действий, что вводит в заблуждение окружающих, либо нецеленаправленное, хаотичное, брутальное, агрессивное возбуждение;

— критическое окончание;

— терминальный сон;

— полная или частичная амнезия происшедшего.

Выделяют следующие формы сумеречного помрачения сознания.

Простая форма. Возникает остро, характеризуется дезориентировкой в месте, времени, собственной личности, сопровождается неправильным поведением. Больной не воспринимает окружающее, и оно не отражается на его поведении. Он может совершать относительно сложные, целенаправленные действия, но чаще это отдельные автоматизированные движения. Они производятся как бы механически, не сопровождаются ясно сознаваемыми целевыми представлениями, утрачивают характер произвольных действий. Речь у таких больных отсутствует или бессвязна, поэтому вступить в контакт с ними невозможно. Воспоминания о данном болезненном эпизоде полностью утрачиваются.

Параноидная форма. Характеризуется внешне последовательным поведением больных, но вместе с этим их поступки определяются острым чувственным бредом, сопровождающимся резко выраженным аффектом тоски, злобы, страха. Параноидные сумеречные помрачения сознания часто приводят к общественно опасным, агрессивным поступкам. Они сопровождаются зрительными, обонятельными, реже слуховыми галлюцинациями.

Делириозная форма. Характеризуется преобладанием сценоподобных зрительных галлюцинаций, связанных по содержанию и сменяющих друг друга с последующей полной амнезией.

Онейроидная форма. Отличается аффективной напряженностью, необычной интенсивностью переживаний, фантастическим содержанием галлюцинаторно-бредовых расстройств, неполной или полной обездвиженностью, доходящей до степени ступорозных состояний.

Дисфорическая форма. Характеризуется неистовым возбуждением, брутальностью с ярко выраженным аффектом тоски и злобы. В таком состоянии больные нападают на окружающих, разрушают все, что попадает под руку.

Эпилептические психозы

Делятся на острые (с помрачением сознания и без помрачения сознания по А. С. Тиганову) и хронические. Каждый из перечисленных психозов может занимать различное место в клинике эпилепсии вне связи с судорожными припадками, непосредственно предшествуют им или следуют за ними.

А. *Острые эпилептические психозы с помрачением сознания* включают в себя:

— *затяжные сумеречные состояния сознания:* чаще всего появляются после серии генерализованных тонико-клонических припадков. Продолжаются до нескольких суток, сопровождаются галлюцинаторными, бредовыми расстройствами, эмоциональной напряженностью, агрессией, двигательным возбуждением;

— *эпилептический онейроид:* возникает внезапно (в отличие от шизофренического), характеризуется аффективными расстройствами (экстаз, восторг или страх, гнев, ужас), иллюзорными нарушениями фантастического содержания, зрительными, слуховыми галлюцинациями. Больные считают себя персонажами сказок, мультфильмов, легенд, в этом качестве участвуют в праздниках, катастрофах. Моторные нарушения выражаются заторможенностью, или резким возбуждением.

Б. *Острые эпилептические психозы без помрачения сознания:*

— *острый параноид:* проявляется острым чувственным бредом с иллюзорным восприятием окружающего, слуховыми и зрительными галлюцинациями устрашающего характера, возбуждением, агрессивностью, склонностью к разрушительным действиям, которые могут сменяться тревожной боязливостью и бегством от мнимых преследователей;

— *острые аффективные психозы* (дисфорические психозы) характеризуются тоскливо-злобным настроением с агрессией, депрессивными состояниями с витальной тоской, идеями самообвинения, заторможенностью, а также маниакально-экстатическим состоянием [Абрамович Г. Б., Харитонов Р. А., 1979].

В. *Хронические эпилептические психозы* (шизофреноподобные психозы, «шизоэпилепсия», «симптоматическая шизофрения»). Описаны следующие формы хронических эпилептических психозов:

— *паранойяльные;* сопровождаются бредом обыденного содержания с различной фабулой (бред отношения, отравления, ущерба, ипохондрический бред, бред религиозного содержания и т. д.). Характерными для эпилепсии является тревожно-злобный или экстатически восторженный оттенок аффекта, который сопровождает паранойяльное состояние;

— *галлюцинаторио-параноидные* — характеризуются различными проявлениями синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Они отличаются фрагментарностью, рудиментарностью в синдромальном отношении, неразвернутостью, чувственностью, несистематизированностью со множеством конкретных деталей. Эти расстройства сопровождаются тревожно-тоскливым настроением, страхом, синдромами помрачения сознания;

— *парафренные* — представляют из себя галлюцинаторную парафрению, включающую вербальные галлюцинации (или псевдогаллюцинации), мегаломанические бредовые идеи чаще всего фантастического содержания, аффективные расстройства в виде экстатически-восторженного или благодушного настроения, а также речевые расстройства, характеризующиеся своеобразной эпилептической шизофазией [Тиганов А. С, 1983];

— *кататонические,* в клинической картине которых преобладает субступор с негативизмом, мутизмом, импульсивным возбуждением, пуэ-

рильно-дурашливым поведением с гримасничаньем, стереотипиями, эхолалиями.

Все перечисленные формы эпилептических психозов как острых, так и хронических, могут наблюдаться либо при утяжелении заболевания (эквивалентные отношения между эпилептическими припадками и психозом), либо при урежении или прекращении эпилептических припадков в результате «форсированной нормализации ЭЭГ» (альтернативные, антагонистические отношения между припадками и психозом). Помимо этого выделяются психозы, не связанные с течением эпилептического процесса, которые следует обозначать не эпилептические психозы, а психозы у больных эпилепсией [Абрамович Г. Б., Харитонов Р. А., 1979].

Случаи эпилепсии с преобладанием психических припадков, преходящих психических расстройств, острых и хронических психозов принято относить к скрытой, или маскированной, ларвированной, психической эпилепсии, «epilepsia larvata» [Morel B., 1869].

Перманентные (постоянные) психические расстройства при эпилепсии

Эпилептические изменения личности

А. Формальные расстройства мышления: тугоподвижность (вязкость, энехетичность, торпидность, инертность, патологическая обстоятельность, «грузность» по П. Б. Ганнушкину). Речь обстоятельна, многословна, полна несущественных деталей, на которых «застревают» больные, отсутствует способность отделить главное от второстепенного.

Переход от одного круга представлений к другому (переключение) затруднен. Словесный запас беден (олигофазия). Часто повторяется уже сказанное (персеверация мышления). Характерно употребление шаблонных оборотов, уменьшительно-ласкательные суффиксы, медоточивость, слащавость, а также определений, содержащих аффективную оценку («замечательный, прекрасный, отвратительный »).

Б. Эмоциональная сфера так же, как и мышление, характеризуется торпидностью («вязкость аффекта»), в связи с чем новые впечатления не могут вытеснить прежние (как положительные, так и отрицательно окрашенные). Отмечается повышенная раздражительность, мстительность, придирчивость, «взрывчатость», склонность к ссорам, вспышкам злобы, ярости (эксплозивность), доходящим до агрессии, что нередко сопровождается опасными и жестокими действиями, направленными на окружающих.

С другой стороны, к типичным эмоциональным чертам больных эпилепсией относятся утрированная любезность, льстивость и подобострастие, почтительность и ласковость в обращении, в сочетании с повышенной чувствительностью, робостью, боязливостью, ранимостью («дефензивность»), а также религиозность, которая раньше сочеталась чуть ли не с патогномоничным свойством эпилептической психики.

Описанные полярные особенности аффекта у больных эпилепсией часто сосуществуют, поэтому невозможно предугадать, как поведет себя больной, так как «перемежаемость психических явлений в сфере чувствований и нрава составляет выдающуюся черту в характере эпилептиков» [Falret J., 1860].

На сочетание дефензивных и эксплозивных черт указывал P. Samt (1875), который так охарактеризовал больных эпилепсией: «несчастные с именем божьим на устах, молитвенником в руке, камнем за пазухой, дьяволом в сердце и бесконечной низостью в душе».

В. Основными чертами характера больных эпилепсией являются:

— подчеркнутый, нередко карикатурный педантизм в виде скрупулезной любви к порядку в доме, а также в выполнении назначений врача, тщательная регистрация всех припадков в течение нескольких лет болезни с указанием характера лечения, многих подробностей, обносящихся к лечению эпилепсии и обстоятельствам, предшествовавшим каждому припадку, и многих других деталей;
— гиперсоциальность — в виде чрезвычайной прилежности, основательности, исполнительности, добросовестности;
— инфантилизм, выражающийся незрелостью суждений;
— чрезвычайное стремление к правдолюбию и справедливости;
— склонность к банальным и назидательным поучениям;
— особое сверхценное отношение к родным, близким, о которых больные говорят с упором на их положительные качества;
— чрезмерная привязанность, «прилипчивость» к людям, ситуациям, предметам, животным
— «эпилептический оптимизм» — многолетнее хождение к врачам не надломило веры в возможность полного излечения, больные рассказывают о своих припадках тоном бесстрастного наблюдателя, как бы представляя врачу возможность бороться с врагом после того, как они его обнаружили и точно локализовали своим описанием» [Ходос X. Г., 1969];
— чрезвычайный эгоцентризм — собственное «я» всегда остается в центре внимания больных, в их высказываниях всегда на первом месте они сами, их болезнь, старые обиды, которые они всегда помнят; злопамятность — одно из основных качеств эпилептического характера.

Эпилептическое слабоумие

Замедление всех психических процессов при эпилепсии и склонность их к застреванию приводят к тому, что затрудняется и замедляется накопление нового опыта, слабеет комбинаторная способность, ухудшается способность к запоминанию, происходит прогрессивное ослабление познавательных способностей, возрастает узость суждений (чему способствует все увеличивающийся эгоцентризм), неспособность к синтетическим обобщениям. Это позволяет диагностировать специфическое эпилептическое слабоумие: концентри-

ческое по И. Ф. Случевскому (1957), вязко-апатическое по В. М. Морозову (1967), при котором наряду с выраженной тугоподвижностью психических процессов отмечаются вялость, пассивность, безразличие к окружающему. «Эпилептический оптимизм» сменяется тупой примиренностью с болезнью, утрачивается способность отделять существенное от несущественного, в результате чего больной «вязнет в мелочах». Одновременно снижается память, оскудевает словарный запас, нарастает олигофазия.

В последние годы произошло существенное изменение структуры психических расстройств при эпилепсии в сторону уменьшения больных с эпилептическим слабоумием, а также смещение аффективных расстройств от эксплозивных форм дисфории, экстатических маниаформных состояний, полярных расстройств аффекта в сторону дефензивных, тревожно-депрессивных, тревожно-ипохондрических, обсессивно-фобических, панических состояний, которые наблюдаются у 70% больных эпилепсией с психическими расстройствами в интериктальном периоде. Это свидетельствует о том, что в клинической картине эпилепсии ведущее место стали занимать пограничные психические нарушения, к которым относятся вторично невротические образования, отражающие преимущественно особенности личностного реагирования и в меньшей степени зависимые от прогредиентности самого эпилептического процесса.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПСИИ

Современная история терапии эпилепсии берет свой отсчет с момента появления бромидов, которые первым применил Чарльз Лекок в 1883 г.

Основным приоритетом стратегии лечения эпилепсии в конце XIX и первой половине XX века был эпилептический припадок, который и являлся целью терапии. Основным препаратом в лечении припадков использовался фенобарбитал (люминал), который был создан и внедрен в практическую медицину в 1912 г.

Начиная с 1938 г. после клинической апробации гидантоинов (дифенин, фенитоин), а затем и других антиэпилептических препаратов (АЭП), прежде всего, оксалидиндионов (триметин, тридион) и этосуксимидов (суксилеп, пикнолексин), появились новые возможности воздействия на эпилептические припадки. С этого времени наступил этап политерапии в лечении эпилепсии, при котором приоритетной стала тактика назначения одновременно нескольких АЭП (метод «шрапнельного выстрела»).

Тенденция к политерапии привела к использованию различных комбинаций АЭП. Чаще всего комбинировали химические соединения, подавляющие эпиактивность на корковом уровне (барбитураты), с гидантоинами (действующими на уровне стволовых образований мозга), добавляя к ним стимулирующее ЦНС вещество (кофеин, эфедрин, фенамин, стрихнин) с целью уменьшения действия на мозг АЭП. Такие лекарственные смеси носили найме-

нования по фамилии авторов, их предложивших (Серейского, Воробьева, Расина, Кармановой, Бродского).

Полифармация как основной метод лечения эпилепсии применялся до конца 80-х годов во всех странах, однако постепенно становилось очевидным, что в большинстве случаев было необходимо применять каждый АЭП не в меньших, а даже в более высоких дозах, чем при монотерапии, так как взаимодействие двух и более АЭП приводило к снижению терапевтического эффекта и учащению припадков. При этом возрастал суммарный токсический эффект и появлялись нейротоксические неврологические симптомы.

В результате этого «золотым стандартом» в лечении эпилепсии в конце 80-х годов стала монотерапия, то есть использование одного АЭП. Такой подход позволил в качестве основного приоритета в фармакотерапии эпилепсии выделить не припадки и даже не болезнь, но самого больного, а целью лечения — улучшение качества его жизни, так как неблагоприятные эффекты АЭП могут превышать выгоду от устранения или уменьшения частоты припадков и ухудшать качество жизни больного.

Принципы медикаментозной терапии эпилепсии

1. Своевременное начало лечения АЭП. Вопрос о том, когда начинать лечение ребенка с судорогами — один из самых сложных и принципиальных. С одной стороны, врач во многих случаях имеет отчетливую перспективу добиться полного контроля над приступами, с другой — он не может не предвидеть тех неблагоприятных последствий, которые возможны при длительном приеме антиконвульсантов. История знает немало примеров эпилепсии у великих людей — Петр I, Наполеон I, Ф. М. Достоевский, Ван Гог, Г. Флобер и др., которые страдали «падучей», не получая лечения, и долгое время сохраняли творческий потенциал. Трудно сказать, как могли бы повлиять антиконвульсанты на творческую активность гениев. Однако подобные примеры единичны. Гораздо чаще наблюдаются ситуации, когда несвоевременная терапия является причиной инвалидизации.

Среди эпилептологов существуют разные взгляды на вопрос, является ли первый эпилептический припадок основанием для назначения АЭП или более правильной является выжидательная тактика. Большинство эпилептологов считает, что основой современной концепции лечения эпилепсии является улучшение качества жизни больного, поэтому во многих случаях с назначением АЭП не следует спешить, особенно при ситуационно обусловленных припадках. Устранение провоцирующих моментов обычно бывает достаточным для предупреждения повторных припадков. Назначение АЭП после первого припадка считается оправданным при наличии факторов риска повторения припадков, которыми являются:

- перинатальные вредности (асфиксия в родах, родовая черепно-мозговая травма, неонатальный менингит и др.);
- задержка психомоторного и речевого развития;
- очаговая неврологическая симптоматика;

— наследственная отягощенность по эпилепсии;
— грубая эпилептическая активность на ЭЭГ [Карлов В. А., 1999; Петрухин А. С, Мухин К. Ю., Медведев М. И., 1998].

Во всех остальных случаях лечение назначают только после повторных припадков.

2. Индивидуальность терапии. Клиницисты давно обратили внимание, что реакция больного на тот или иной АЭП может не соответствовать количественной характеристике его дозы. Это позволяет говорить о подборе оптимальной дозы, то есть такой, которая у данного больного дает наилучший терапевтический эффект. Вместе с тем нередко встречаются как индивидуально завышенные дозы АЭП, когда ничтожно малая дозировка вызывает у больного токсическую реакцию, так и лечение стандартными, слишком низкими дозами АЭП в течение длительного времени без терапевтического эффекта.

Действие АЭП у детей (особенно раннего возраста) отличается от такового у взрослого, что имеет важное значение для педиатрической практики. Особенности фармакокинетики АЭП у детей раннего возраста следующие.

— Более быстрая абсорбция препарата в связи с низкой степенью кровоснабжения мышечной и жировой тканей. Внезапное усиление кровотока может вызвать потенциально опасные концентрации препарата в крови.
— Низкая активность ферментов желудочно-кишечного тракта (во избежание раздражения слизистой желудка и предупреждения побочных эффектов со стороны ЖКТ детям раннего возраста нецелесообразно назначение сиропов).
— Низкая активность ферментов печени, что способствует удлинению периода полураспада препарата.
— Замедленное выведение АЭП вследствие пониженной клубочковой фильтрации.

3. Предпочтительность монотерапии. В тех случаях, когда это возможно, необходимо назначение одного АЭП (особенно это актуально по отношению к началу терапии). Как правило, у 70% больных верно подобранная монотерапия обеспечивает адекватный контроль припадков. Вместе с тем при полиморфных припадках, а также при некоторых формах эпилепсии, резистентных к монотерапии, необходимо присоединение второго препарата.

4. Постепенность в изменении дозировок АЭП. Начинать лечение необходимо с базового для данной формы эпилепсии АЭП, назначая '$/_3$ суточной дозы 1 раз в сутки в течение недели. Через неделю — $^2/_3$ суточной дозы 2 раза в день, и наконец, еще через неделю — всю суточную дозу. Средняя суточная доза рассчитывается для каждого больного в соответствии с его возрастом и весом. Если припадки возникают в одно и то же время суток, основную часть средней суточной дозы назначают с расчетом, чтобы на этот период суток приходилась максимальная концентрация препарата в крови.

Так же постепенно следует проводить уменьшение дозы малоэффективного АЭП и введение в схему терапии нового АЭП (при отсутствии эффекта в течение 1 месяца или появлении побочного действия). Основным показателем, ограничивающим повышение дозы АЭП в процессе ее индивидуального подбора, являются первые признаки острой интоксикации на применяемый препарат. В этом случае следует уменьшить дозы АЭП до предыдущей, которая не давала побочных эффектов. Таким образом, монотерапия должна проводиться максимально переносимыми дозами АЭП, что позволяет добиться прекращения или существенного урежения припадков.

5. Непрерывность и длительность терапии, постепенная отмена препарата при достижении контроля над припадками (ремиссии эпилепсии). Несмотря на то, что точки зрения эпилептологов на сроки продолжения противопароксизмальной терапии после установления контроля над припадками существенно отличаются, большинство врачей считают, что после двух-трехлетней ремиссии можно приступать к уменьшению доз АЭП. При этом сроки снижения доз могут варьироваться от нескольких месяцев до нескольких лет. Следует помнить, что преждевременное и слишком быстрое снижение дозы АЭП может привести к рецидиву заболевания. Не рекомендуется прекращать лечение в период биологической и психологической неустойчивости организма (пубертатный криз, беременность, стрессы и т. д.), так как в это время тенденция к возобновлению припадков выражена значительно сильнее. При появлении жалоб, хотя бы отдаленно напоминающих приближение припадка, следует прекратить снижение доз АЭП и вернуться к прежней терапии. Возникновение даже одного припадка после длительного периода благополучия означает затягивание лечебного процесса, так как возвращением к прежним дозам АЭП не всегда можно добиться ремиссии, приходится назначать более высокие дозы, а иногда и менять АЭП.

Переход к снижению доз АЭП возможен лишь при условии стойкости терапевтической ремиссии, которая определяется следующими факторами:

— полное отсутствие пароксизмальных эпилептических расстройств в течение 2 лет и более (как припадков, так и транзиторных психических нарушений);

— отсутствие перманентных психических расстройств (аффективных, мнестических, характерологических, интеллектуальных);

— устойчивость больного к различным внешним влияниям, ранее вызывавшим припадки (фотогенные, фебрильные, алкогольные, психогенные);

— отсутствие пароксизмальной активности на ЭЭГ.

6. Контроль уровня АЭП в плазме крови (мониторинг) на различных этапах лечения больных. Благодаря мониторингу удается более рационально подбирать дозу АЭП, добиваться увеличения терапевтической активности АЭП, существенно снижать риск возникновения побочных эффектов у конкретного больного Клинический эффект большинства АЭП прямо пропорционален их концентрации в крови. На основании клинико-фармакологических исследований, для большинства АЭП установлены терапевтические и токсические

концентрации препаратов в крови. При этом концентрация препаратов в крови ниже уровня его терапевтической концентрации не позволяет достичь стойкого терапевтического эффекта, тогда как при достижении диапазона токсической концентрации существенно возрастает риск развития острой интоксикации на препарат. Дозы АЭП, определяющие его терапевтическую и токсическую концентрацию в крови, индивидуальны для каждого больного, поэтому предпочтительнее говорить не о дозе АЭП (высокая, средняя, низкая), а о его высокой, средней или низкой концентрации в крови. Для оценки эффективности того или иного антиконвульсанта большое значение имеет терапевтическая область его действия («терапевтическое окно»), оцениваемого на основе клинического действия препарата и уровня его содержания в сыворотке крови.

7. Комплексность терапии. Поскольку эпилепсия — заболевание полиэтиологическое, нельзя ограничиваться лечением, направленным только на подавление припадков. Исключение из комплекса терапии воздействия на предполагаемую причину заболевания приводит к тому, что при неустранении патогенетических механизмов болезни возникает срыв ремиссии даже при длительном отсутствии припадков. В связи с этим необходимо использовать:

— рассасывающую терапию (при наличии у больных эпилепсией кистозно-слипчивых арахноидитов, оболочечно-мозговых рубцов, ликвородинамических нарушений);
— лидаза, пирогенал, бийохинол;
— дегидрационную терапию (25% раствор сульфата магния, 40% раствор глюкозы, диакарб, лазикс);
— метаболическую терапию (витамины группы А, В,, B_6, Е. С, PP, никотинамид, фолиевая кислота), фитотерапия (облепиховое масло, фиточай), ноотропы, танакан;
— психотерапию.

8. Преемственность терапии. Современные исследования, рассчитанные на студентов и врачей, отражают лишь часть проблемы эпилепсии (неврологическую, нейрохирургическую, психиатрическую, нейрофизиологическую), но не дают синтезированного представления об эпилепсии как о сложном, полиморфном по своим проявлениям заболевании.

Сосредоточение в психиатрических учреждениях (больницах, диспансерах, интернатах) наиболее тяжелого контингента больных сформировало представление об эпилепсии как о крайне прогредиентном заболевании, приводящем к «типичным» характерологическим изменениям и слабоумию, что вызывает у психиатров чрезмерный терапевтический пессимизм. С другой стороны, расширение неврологической амбулаторной помощи, широкое использование современных нейровизуальных методов исследования мозга (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитроно-эмиссионная томография и пр.) сформировали тенденцию свести проблему эпилепсии лишь к ее неврологическому аспекту.

Дифференциация и узкая специализация в эпилептологии оказалась прогрессивной, так как привела к появлению новых лекарственных средств, совершенствованию локальной диагностики, хирургических методов лечения. Вместе с тем выявились и отрицательные результаты мультидисциплинарной разработки проблемы, поскольку больные эпилепсией оказались искусственно разделены на группы, курируемые разными специалистами, что существенно затрудняет осуществление преемственности в их наблюдении и лечении. Согласно рекомендациям Международной Противоэпилептическои Лиги выделена эпилептология — междисциплинарная наука, объединяющая различные аспекты психиатрии, неврологии, педиатрии, нейрохирургии, нейрофизиологии, нейрорадиологии, клинической фармакологии, нейропсихологии и социальной медицины. Врач-эпилептолог — это, как правило, психиатр, невролог или педиатр, обладающий специальными знаниями и опытом в диагностике, исследовании, лечении и ведении больных эпилепсией.

Режим для больных эпилепсией

Эпилептические приступы для ребенка — временные эпизоды, которые не должны заслонять от него нормальную жизнь. Воспитатель в детском саду и учитель в школе должны быть информированы о болезни ребенка и о правилах оказания первой помощи при судорожных состояниях. Необходимо достижение договоренности между родителями и медперсоналом учреждения о возможности дневного приема противосудорожного препарата, если это необходимо. Дети с эпилептическими приступами, которые находятся под медицинским контролем, могут заниматься физкультурой и спортом. Однако необходимо освободить ребенка от занятий на спортивных снарядах, где существует опасность падения. Не следует заниматься также верховой ездой, лыжным и конькобежным спортом, прыжками с трамплина, ныряниeм с аквалангом. Езда на велосипеде разрешается только в шлеме. Плаванием ребенок может заниматься только в присутствии взрослых, знающих о его болезни. Дети с эпилепсией должны ложиться спать в фиксированное время и иметь полноценный 8-часовой сон, так как недосыпание может явиться провоцирующим фактором для эпилептического приступа. В тех случаях, когда родители замечают связь припадков с просмотром телепередач, количество времени перед телевизором следует ограничить, а некоторые фильмы с быстро меняющейся картинкой исключить совсем. То же самое относится к компьютерным играм. В питании ребенка следует ограничить избыточное употребление соли, острых блюд, а у подростков полностью исключить прием алкоголя, включая пиво. Следует также избегать длительного пребывания на солнце.

Характеристика АЭП

Вальпроевая кислота и ее соли — вальпроаты нашли широкое применение в клинической практике и считаются одними из наиболее эффективных противоэпилептических средств. Синтезированная более 100 лет на-

зад вальпроевая кислота использовалась в качестве органического растворителя, пока в 60-е годы не были открыты ее противосудорожные свойства и создан антиэпилептический препарат депакин. Для лечения эпилепсии чаще всего применяют вальпроат натрия (депакин), вальпроевую кислоту (конвулекс), кальциевую соль вальпроевой кислоты (конвульсофин). Вальпроаты при пероральном приеме хорошо всасываются. Всасывание несколько замедляется при приеме после еды. Связывание с белками около 90%. Метаболизируются в основном в печени, выводятся в виде глюкуронида. Вальпроаты являются ингибиторами микросомальных ферментов (цитохромов печени), поэтому их применение вызывает увеличение концентрации в крови других АЭП (фенобарбитала, карбамазепина, ламотриджина). У детей выявлены более высокие показатели клиренса вальпроевой кислоты. Пролонгированные формы вальпроатов (депакин-хроно) обеспечивают более стабильную концентрацию препарата в крови, что имеет большое значение для лечения больных эпилепсией. Показаниями к применению вальпроатов являются все формы эпилепсии. Вальпроаты — препараты выбора при лечении больных с генерализованными эпилепсиями, особенно при сочета-

Таблица 17

Характеристика основных антиэпилептических препаратов (АЭП), применяемых в России

Группа препаратов	Генерационное название	Коммерческое название	Средняя доза мг/кг в сутки
Барбитураты	Фенобарбитон	Фенобарбитал,люминал	3-5
	Бензонал	Бензонал	1-3
	Примидон	Гексамидин, майсолин	20
Гидантоины	Фенитоин	Дифенин, дилантин, фенитоин, дифантоин	5-8
Карбамазепин	Карбамазепин	Финлепсин, финлепсин-ретард, тегретол, тимонил, тимонил-ретард, карбатол	15-30
Сукцинимиды	Этосуксимид	Этосуксимид, суксилеп, морфолеп, заронтин, пикнолепсин, пуфемид	15-20
Вальпроаты	Вальпроат натрия	Депакин, депакин-хроно	30-40
	Вальпроевая кислота	Конвулекс	
	Вальпроат кальция	Конвульсофин	30-40
Бензодиазепины	Клоназепам	Антелепсин, ривотрил, клонопин	0,15-0,25
	Клобазам	Фризиум	0,5-1,5
	Нитразепам	Радедорм	0,2-0,3
Ламотриджин	Ламотриджин	Ламиктал	2-5

нии абсансов и генерализованных тонико-клонических припадков. Эффективность вальпроатов при лечении абсансов достигает 70-90%. В последние годы появились дополнительные данные об эффективности вальпроатов при лечении парциальных эпилепсии. Вальпроаты хорошо переносятся, однако при их применении следует учитывать возможные побочные действия: 1) дозозависимые: тремор, увеличение веса, выпадение волос, анорексия, диспепсия, тошнота, рвота, сонливость; 2) по механизму идиосинкразии — острый панкреатит, гепатотоксичность, тромбоцитопения, энцефалопатия, тератогенность. Особенно осторожно следует назначать их при нарушении функции печени и почек, тенденции к геморрагии, перед оперативными вмешательствами, при беременности. Вальпроаты оказывают значительно менее выраженное влияние на когнитивные функции, чем фенитоин, и особенно фенобарбитал. Сравнительно редко при лечении вальпроатами развивается сыпь и другие аллергические реакции. В отличие от ряда противоэпилептических препаратов назначение вальпроатов не вызывает усугубления частоты или тяжести припадков, поэтому именно вальпроаты рекомендуют при сомнении в характере припадков или синдрома эпилепсии. У детей лечение начинают с 15-20 мг/кг, поддерживающая доза 30-80 мг/кг в день. Максимальная доза 4000 мг/сут, терапевтическая концентрация в плазме крови 50-150 мг/л. Частота приема 3 раза в сутки, ретардных форм (депакин-хроно) 1-2 раза в сутки.

Карбамазепин. Производное иминостильбена. Был синтезирован в 1957 г. и введен в клиническую практику в 1963 г. в Швейцарии и Англии. В наши дни карбамазепины (финлепсин, тегретол) являются одними из основных АЭП. Противоэпилептическое, анальгезирующее, антидепрессивное, нормотимическое действие широко используется в неврологии и психиатрии. При пероральном приеме медленно всасывается 75-85% препарата. Связывание с белками 75-80%. Метаболизируется в печени с формированием более 32 метаболитов, некоторые из которых обладают противоэпилептической активностью. Биотрансформация карбамазепинов характеризуется автоиндукцией. Отмечены колебания в 5-7 раз концентрации в плазме у больных, принимающих одну и ту же дозу карбамазепина. Это связано со значительной вариабельностью его фармакодинамики и фармакокинетики у лиц разного возраста. Более стабильная концентрация в плазме обеспечивается приемом пролонгированных форм (финлепсин-ретард). Карбамазепин широко применяется для лечения парциальных и генерализованных тонико-клонических припадков. Показаниями к его применению являются парциальные припадки с наличием или без вторичной генерализации, первично генерализованные тонико-клонические припадки (но не другие генерализованные припадки). Он широко применяется также при невралгии тройничного нерва, профилактике маниакально-депрессивного психоза, резистентного к лечению препаратами лития. Лечение карбамазепинами следует начинать с небольшой дозы и медленно, постепенно ее увеличивать. Карбамазепины часто снижают концентрацию в плазме клоназепама, ламотриджина, фенитоина, вальпроата, а иногда и этосуксимида.

Противопоказанием для назначения карбамазепинов являются абсансы, миоклонические припадки, нарушения атриовентрикулярной проводимости, нарушение костно-мозгового кроветворения, порфирия. Карбамазепины не вызывают значительного седативного действия, как барбитураты, или косметического дефекта, как фенитоин. Побочные действия карбамазепинов: 1) дозозависимые: диплопия, головокружение, головные боли, тошнота, сонливость, гипонатриемия, гипокальциемия, нарушение ритма сердца; 2) по механизму идиосинкразии: сыпь, агранулоцитоз, апластическая анемия, гепатотоксичность, фотосензитивность, тромбоцитопения, тератогенность. Осторожно следует назначать карбамазепин при нарушении функции печени и почек, аллергических реакциях, глаукоме. Следует контролировать картину крови. У детей начинать с 10-15 мг/кг, поддерживающая доза 10-30 мг/кг в сутки. Максимальная доза 1600 мг/сутки, терапевтическая концентрация в плазме крови 3-12 мг/л, частота приема 3 раза в сутки, целесообразно применение ретардных форм 1-2 раза в сутки.

Клоназепам (антелепсин) оказывает противоэпилептическое, анксиолитическое, миорелаксирующее, снотворное действие. Препарат эффективен при абсансах, однако не является препаратом выбора вследствие побочных действий и возможного привыкания. Показан в качестве исходной или дополнительной терапии при атипичных абсансах, атонических, миоклонических, вегетативно-висцеральных припадках, психовегетативных кризах. Противопоказания — нарушение дыхания, легочная недостаточность, миастения. Усиливает действие алкоголя, нейролептиков, анальгетиков, миорелаксантов. Побочные действия: 1) дозозависимые: утомляемость, седативный эффект, сонливость, головокружение, атаксия, возбудимость, агрессивность (особенно у детей), гиперсаливация, бронхоррея; 2) по механизму идиосинкразии: сыпь, тромбоцитопения. Особенно осторожно следует назначать при нарушении функции печени и почек, дыхания. У детей до 10 лет назначается 0,01-0,03 мг/кг. В возрасте до 1 года начинают с 0,25 мг, увеличивают до 0,5-1 мг; 1-5 лет — до 1-3 мг; у детей 5-12 лет начинают с 0,5 мг до 3-6 мг. Максимальная доза 20 мг/сут. Терапевтическая концентрация в плазме крови 0,02-0,08 мг/л. Частота приема 3 раза в сутки.

Фенитоин (дифенин) создан в конце 30-х годов при изучении фенильных соединений, является одним из распространенных, эффективных и недорогих АЭП. Фармакокинетика фенитоина отличается нелинейным характером. Изменение концентрации препарата в крови происходит быстрее, чем изменение дозы препарата при увеличении или уменьшении последней. Показания к применению фенитоина достаточно широки — все формы припадков, за исключением абсансов. Он эффективен при парциальных и первично генерализованных тонико-клонических припадках, но не является препаратом выбора вследствие выраженных побочных эффектов. Противопоказаниями к применению препарата являются нарушения функции печени, почек, сердечная недостаточность, кахексия, порфирия, абсансы. Фенитоин снижает концентрацию в плазме клоназепама, карбамазепина, ламотриджи-

на, топирамата, вальпроатов, часто повышает концентрацию фенобарбитала. Побочные действия при применении фенитоина: 1) дозозависимые — нистагм, атаксия, анорексия, диспепсия, тошнота, рвота, агрессия, депрессия, сонливость, головные боли, мегалобластная анемия, гипергликемия, гипокальциемия, остеомаляция, неонатальные геморрагии; 2) по механизму идиосинкразии — гипертрофия десен, гирсутизм, волчаночноподобный синдром, псевдолимфома, невропатии периферических нервов, сыпь, контрактура Дюпюитрена, гепатотоксичность, тератогенность.

Фенобарбитал (люминал) — один из старейших противоэпилептических препаратов (применяется с 1912 г.). Его противоэпилептическое действие было обнаружено при назначении препарата как снотворного больным эпилепсией. Это широко известный антиконвульсант, эффективный и недорогой, однако не являющийся препаратом первого ряда, так как оказывает седативное действие, нарушает когнитивные функции и влияет на поведение. Кроме того, фенобарбитал стимулирует печеночные ферменты и снижает эффективность пероральных антикоагулянтов, теофиллина, антибиотиков, трициклических антидепрессантов, фенотиазинов. При заболеваниях печени рекомендуется избегать назначения фенобарбитала. Фармакологическое действие фенобарбитала: противоэпилептическое, седативное, снотворное. В нашей стране широко применяются производные барбитуровой кислоты: бензонал, реже гексамидин. Показаниями являются все типы припадков, за исключением абсансов. В то же время в большинстве стран его применение значительно ограничено из-за побочных эффектов. Противопоказания — нарушение функции печени, почек, миастения, алкоголизм, наркотическая зависимость, абсансы. Фенобарбитал снижает концентрацию в плазме карбамазепина, клоназепама, ламотриджина, фенитоина, вальпроата, иногда этосуксимида. Побочные действия: 1) дозозависимые — утомляемость, депрессия, нарушение сна (у детей), гиперкинез (у детей), возбудимость (у детей), агрессивность, ухудшение памяти, неонатальные кровотечения, гипокальциемия, остеомаляция; 2) по механизму идиосинкразии — сыпь, токсический эпидермальный некроз, гепатотоксичность, тератогенность. Осторожно назначают фенобарбитал детям с нарушением психического развития. Необходимо контролировать картину крови, функции печени, не допускать резкого прекращения приема препарата. Детям назначают 3-5 мг/кг в сутки. Терапевтическая концентрация в плазме крови 10-40 мг/л.

Этосуксимид (суксилеп) является одним из препаратов выбора при лечении типичных абсансов. Его эффективность при лечении типичных абсансов до 90%. В отдельных случаях применяется при лечении миоклонических припадков (в сочетании с другими препаратами). Препарат неэффективен при других видах припадков. Действие этосуксимида связано с влиянием на кальциевые каналы. Этосуксимид хорошо переносится и имеет незначительную гепатотоксичность, что важно в педиатрической практике. При пероральном приеме всасывается быстро и почти полностью. Не вызывает изменения концентрации других противоэпилептических препаратов в кро-

ви. У маленьких детей 3-6 лет его применяют 1 раз в день, у детей старше 6 лет — 2 раза в день. Показания — абсансы, противопоказания — печеночная и почечная недостаточность.

Ламотриджин (ламиктал) — один из противоэпилептических препаратов нового поколения. У детей эффективен при лечении широкого спектра различных типов припадков, в том числе синдрома Леннокса-Гасто. У детей с эпилепсией с психическими нарушениями отмечено улучшение когнитивных функций, настроения и поведения. При пероральном приеме быстро и полностью всасывается. Период полувыведения — 30 часов, однако при назначении вместе с карбамазепином, фенитоином, фенобарбиталом период полувыведения снижается до 15 часов, а при сочетании с вальпроатами — увеличивается до 60 часов. Показания — монотерапия и дополнительная терапия парциальных и генерализованных припадков. Противопоказания — печеночная недостаточность. Побочные действия: 1) дозозависимые — сонливость, диплопия, головная боль, атаксия, тремор, тошнота; 2) по механизму идиосинкразии — сыпь. Необходимо тщательно следить за возможными аллергическими реакциями, контролировать показатели крови и функцию печени, не допускать резкой отмены препарата. У детей начинают с 0,2 мг/кг и медленно повышают до 1-5 мг/кг. С 6 до 12 лет начинают с 2 мг/кг в сутки в два приема, до достижения поддерживающей дозы 5-15 мг/кг в два приема.

Топирамат (топамакс) — высокоэффективный новый противоэпилептический препарат с уникальной структурой (сульфамат-замещенный моносахарид) и многогранным механизмом действия. Топирамат быстро адсорбируется, имеет линейную фармакокинетику. Период полувыведения 20-30 часов. Взаимодействие топирамата с другими противоэпилептическими препаратами незначительно. Выводится почками. Предварительные результаты применения топирамата в режиме монотерапии при парциальной эпилепсии и дополнительной терапии у пациентов с генерализованными тонико-клоническими припадками, синдромом Леннокса-Гасто и при парциальной эпилепсии у детей свидетельствуют о его высокой эффективности.

Требования, которым должны удовлетворять современные АЭП:

— «широта действия — мишень» [Карлов В. А., 1999], то есть АЭП, с одной стороны, должен быть потенциально эффективен при любых типах припадков и в то же время ему необходимо иметь свою мишень — типы припадков и формы эпилепсии, при которых его действие наиболее эффективно;

— максимум терапевтической активности при минимальных побочных проявлениях;

— наряду с антиконвульсивным действием современный АЭП должен обладать тимолептическим действием в связи с высокой частотой различных аффективных расстройств у больных эпилепсией (дисфорических, депрессивных, тревожных и т. д.);

— наличием пролонгированных (ретардированных) форм АЭП в связи с удобством их применения и лучшей переносимостью;

— отсутствие при использовании данного АЭП лекарственного патоморфоза болезни, приводящего к «форсированной нормализации ЭЭГ» с развитием альтернативных острых и хронических психозов;

— отсутствие активирующего влияния на другие типы припадков;

— учет интересов больного (баланс эффективности, побочных эффектов, стоимости препарата), то есть доступность АЭП для конкретного больного.

В связи с разнообразием препаратов с антиэпилептическим действием всегда необходимо решать вопрос об оптимальности применения стартового АЭП. Главное правило, которым руководствуются врачи — соответствие выбранного АЭП типу эпилептического припадка у конкретного больного в связи с селективностью действия каждого АЭП в отношении определенного типа припадков (судорожных, бессудорожных, парциальных, генерализованных, психических, вегетативно-висцеральных).

Для каждого типа припадков установлены препараты первой-четвертой очереди выбора, обладающие наибольшим терапевтическим эффектом.

Из табл. 18 видно, что препаратами первого ряда (базовыми, стартовыми) для лечения всех форм эпилепсии являются вальпроаты и карбамазепины. Другие АЭП также обладают достаточной эффективностью, однако не являются препаратами выбора вследствие выраженных побочных явлений.

Успехи современной эпилептологии во многом обусловлены механизмами действия АЭП, которые основаны на процессах физиологии мембран. Эти процессы изменяются в зависимости от возраста и состояния больного, что и определяет вариабельность их действия и индивидуальную чувствительность к ним. Большинство противоэпилептических препаратов (фенитоин, карбамазепин, вальпроат, ламотриджин) блокируют вольтаж-зависимые натриевые ионные каналы, обуславливающие процессы возбуждения. С другой стороны, ряд препаратов осуществляют усиление активности тормозной ГАМК-ергической системы, воздействуя на хлорные ионные каналы. К этой группе принадлежат барбитураты, бензодиазепины, а также вальпроаты. Таким образом, вальпроаты имеют наиболее широкий спектр действия, в связи с наличием у них нескольких механизмов. Эта универсальность привела к тому, что производные вальпроевой кислоты, в особенности, ее натриевая соль — депакин, депакин-хроно, являются основными противоэпилептическими препаратами, используемыми при лечении эпилепсии у 75-95% больных. Пролонгированные формы препаратов (депакин-хроно) обладают особым преимуществом — переход на них резко снижает число возможных осложнений терапии и вероятность непереносимости. Другим важным преимуществом пролонгированных препаратов является возможность приема их в двух дозах — утренней и вечерней, и в очень большом проценте случаев только в одной вечерней дозе.

При наличии полиморфных припадков следует назначать АЭП, ориентированный на доминирующий тип припадка. Обычно правильно выбранный АЭП, используемый в качестве монотерапии, приводит к терапевтичес-

кому эффекту в 70% случаев, остальные 30% поддаются лечению двумя препаратами, и только при особо резистентных формах эпилепсии требуется комбинация трех АЭП. Одновременное применение более трех антиконвульсантов недопустимо ни при каких случаях.

Проведение политерапии таит в себе следующие опасности:

— падение терапевтического эффекта в результате фармакокинетического взаимодействия АЭП;

— развитие симптомов острой интоксикации в результате фармакодинамического взаимодействия двух и более АЭП.

Фармакорезистентная (рефрактерная, торпидная) эпилепсия

Выделяют три степени резистентности к антиконвульсантам:

1) резистентность к одному препарату (то есть при монотерапии);

2) резистентность к двум препаратам;

3) резистентность к трем препаратам.

Основными факторами риска в возникновении резистентности к АЭП являются:

— ранний дебют эпилепсии;

— высокая частота припадков (статусообразное течение);

Таблица 18

Выбор антиэпилептического препарата (АЭП) в зависимости от типа эпилептического припадка (в порядке убывания)

Тип эпилептического припадка	Препараты выбора
Парциальные (простые, сенсорные, с нарушением психических функций, комплексные, с вторичной генерализацией)	1-2. карбамазепин, вальпроаты 3. дифенин 4. бензонал
Генерализованные абсансы (типичные, атипичные)	1.вальпроаты 2. этосуксимиды 3. клоназепам
Тонико-клонические, тонические, клонические	1. вальпроаты 2. карбамазепин 3-4. бензонал 3-4. дифенин
Миоклонические	1.вальпроаты 2. клоназепам 3. нитразепам
Атонические	1. вальпроаты 2. клоназепам 3. нитразепам
Вегетативно-висцеральные	1. клоназепам 2. карбамазепины 3. дифенин

— полиморфизм припадков;
— наличие сложных парциальных припадков (30% больных с парциальной эпилепсией как правило, резистентны к АЭП);
— симптоматическая этиология эпилепсии;
— наличие структурных изменений в головном мозге (опухоли, пороки развития и т. д.);
— наличие умственной отсталости.

Клинические исследования, проведенные в последнее время, показали, что применение при резистентных формах эпилепсии базовых АЭП (вальпроаты, карбамазепин) в сочетании с новыми антиконвульсантами (ламотриджин, топирамат, габапентин, фелбамат и т. д.) приводит к значительному снижению частоты припадков и, как правило, не сопровождается серьезными побочными эффектами и лекарственными взаимодействиями.

При неэффективности АЭП «нового поколения» применяют альтернативные методы лечения рефрактерной эпилепсии в виде назначения кортикостероидов, кетогенной диеты (при которой соотношение жиров с белками и углеводами 3 : 1 или 4:1), иммуноглобулинов в очень высоких дозах (200-400 мг на 1 кг массы тела в сутки).

Хирургическое лечение эпилепсии

1. Открытые операции, к которым относят хирургические вмешательства, при которых для доступа к головному мозгу осуществляется костнопластическая трепанация черепа, а после завершения манипуляции на мозге восстанавливается целостность оболочек мозга, костный лоскут и ткани покровов черепа укладываются на место. Такие операции используют главным образом для лечения больных эпилепсией, обусловленной значительными органическими изменениями мозга с сопутствующими психическими расстройствами.

Наиболее эффективным способом лечения височной эпилепсии являются варианты открытых вмешательств на различных структурах височной доли с удалением эпилептических очагов. Тактика хирургического вмешательства при височной эпилепсии проводится дифференцированно в каждом конкретном случае, так как эпилептогенная зона, являющаяся пусковым механизмом припадка, может располагаться как в коре верхушки височной доли, так и в средних отделах ее, а также в медиобазальных структурах височной доли.

2. Стереотаксическая хирургия проводится с помощью специально сконструированных аппаратов и системы математических расчетов, берущих за основу центральные анатомические точки мозга, позволяющих через фрезевые отверстия точно попадать в определенную структуру-мишень для обеспечения диагностических исследований (субкортикограмма) и последующих лечебных воздействий (стимуляция или деструкция).

Стереотаксические вмешательства подразделяют на следующие.

1. Одномоментные — когда все процедуры: электросубкортикограмма, диагностическая электростимуляция и деструкция проводятся за один сеанс.

2. С предварительной имплантацией долгосрочных интрацеребральных электродов (золотых или платиновых) в различные мозговые структуры для диагностики, электростимуляции, проведения лечебных процедур (до нескольких месяцев) с последующей деструкцией эпилептогенных структур.

Структурами-мишенями при стереотаксических вмешательствах являются:

— поясная извилина (цингулотомия);
— миндалевидный комплекс (амигдалотомия);
— таламус (его ядра и структуры) — вентролатеральная таламотомия, дорзомедиальная таламотомия;
— передние отделы внутренней капсулы (капсулотомия);
— свод мозолистого тела (форникотомия).

3. Трансплантация эмбриональной нервной ткани (нейротрансплантология) в различные мозговые структуры больного эпилепсией. С этой целью используется клеточная смесь или частицы тканей эмбриона до 8-10 недель. В результате операции улучшаются электрофизиологические характеристики деятельности мозга, уменьшается его эпилептизация, улучшаются когнитивные функции, выравнивается аффективный фон.

Контрольные вопросы

1. К какому разделу современной классификации эпилептических припадков относятся пароксизмы «deja vu»?
2. Назовите отличительные признаки эпилептических тонико-клонических и истерических припадков.
3. Какие симптомы характеризуют сумеречное помрачение сознания?
4. Перечислите основные принципы медикаментозной терапии эпилепсии.
5. Какой противоэпилептический препарат является наиболее эффективным для лечения абсансов?

Список рекомендуемой литературы

1. *Абрамович Г. Б., Харитонов Р. А.* Эпилептические психозы у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1979. — 142 с.
2. *Гехт А. Б.* Стандарты лечения эпилепсии // Лечение нервных болезней. - 2001. '- № 1. - С. 8-14.
3. *Карлов В. А.* Современная концепция лечения эпилепсии // Журнал неврологии и психиатрии. — 1999. — № 5. — С. 4-7.
4. *Карлов В. А.* Эпилепсия. — М., 1990.
5. *Мухин К. Ю., Петрухин А. С.* Идиопатические эпилепсии. — М., 2000. - 320 с.
6. *Никанорова М. Ю., Белоусова Е. Д., Тенин П. А.* Ваш ребенок болен эпилепсией. — М., 2001. — 32 с.
7. *Одинак М. М., Дыскин Д. Е.* Эпилепсия. — СПб., 1997. — 232 с.
8. *Петрухин А.* С, *Мухин К. Ю., Медведев М. И.* Основные принципы диагностики и лечения эпилепсии у детей и подростков // Современная психиатрия. — 1998. — С. 12-15.
9. Руководство по детской неврологии / Под ред. В. И. Гузевой. — СПб., 1999. - 494 с.



ОЛИГОФРЕНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Олигофренией (греч.: oligos — малый, phren — разум) называют сборную группу различных по этиологии, патогенезу и клинике непрогредиентных патологических состояний. Общим признаком, объединяющих их, является врожденное или рано (до трех лет) приобретенное общее психическое, главным образом, интеллектуальное недоразвитие.

Основными признаками олигофрении считаются тотальность психического недоразвития и непрогредиентность интеллектуальной недостаточности. Д. Н. Исаев (1982) предложил заменить термин «олигофрения», означающий «малоумие» и не в полной мере отражающий суть патологического состояния, более точным термином «общее психическое недоразвитие». Л. А. Булахова (1985), В. В. Ковалев (1995) и многие другие отечественные психиатры считают эту попытку правомерной и обоснованной.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В настоящее время от 35 до 50% детей, поступающих в первый класс, имеют трудности обучения. Из них от 60 до 80% имеют в той или иной мере выраженную интеллектуальную недостаточность [Исаев Д. Н., 1994]. Одним из важных диагностических критериев задержки психического развития и умственной отсталости, принятых в последнее время, является критерий адаптивности поведения.

В развитых индустриальных странах распространенность олигофрении колеблется от 0,7% до 3,0%. Из них легкая форма интеллектуальной недостаточности встречается с частотой 4-6 случаев на 1000 населения, более тяжелые формы встречаются реже: 3-4 случая на 1000 населения. Умеренные и более тяжелые формы интеллектуальной недостаточности равномерно представлены во всех социальных слоях общества, тогда как легкие формы преобладают в малообеспеченных семьях, где число таких детей достигает 10-30%. [Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997]. Среди больных олигофренией примерно в два раза больше лиц мужского пола.

КЛАССИФИКАЦИИ ОЛИГОФРЕНИИ

Существует много классификаций олигофрении, в основу которых положены разные принципы. В нашей стране наиболее распространенными являются классификация по степени выраженности, определяемой способностью больного к обучению и к самообслуживанию, этиопатогенетическая классификация Г. Е. Сухаревой и клинико-физиологическая классификация С. С. Мнухина и Д. Н. Исаева. Международная классификация

болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), в которой умственная отсталость представлена под шифром F70-79, не подменяет собой концептуальных классификаций, а служит, в основном, для статистических целей [ЦиркинС. Ю., 1994].

Этиопатогенетическая классификация олигофрении по Г. Б. Сухаревой

Создавая свою классификацию, Г. Е. Сухарева руководствовалась этиопатогенетическим принципом. Она выделяла три основные группы олигофрении:

1: Олигофрении эндогенной природы, обусловленные поражением половых клеток родителей (гаметопатиями).
2. Олигофрении, обусловленные внутриутробным (антенатальным) поражением зародыша (эмбриопатии) или плода (фетопатии).
3. Олигофрении, обусловленные вредностями, воздействующими на ребенка во время его рождения (интранатально) или в раннем детстве (постнатально).

Первая группа, связанная с гаметопатиями, включает в себя:

1. Болезнь Дауна.
2. Истинную микроцефалию.
3. Энзимопатические формы олигофрении, связанные с наследственными обменными нарушениями (фенилкетонурию, галактозурия и другие энзимопатии).
4. Олигофрению, сочетающуюся с системными поражениями кожи и костной системы.

Вторая группа, связанная с эмбриопатиями и фетопатиями, включает:

1. Олигофрении, связанные с внутриутробным инфекционным поражением (вирусами краснухи, гриппа, паротита, гепатита, цитомегалии и др., возбудителями токсоплазмоза, сифилиса, листериоза и т. п.).
2. Олигофрении, связанные с внутриутробным поражением экзо- и эндотоксическими агентами (при гормональных нарушениях у матери, при интоксикациях беременной).
3. Олигофрения, обусловленная гемолитической болезнью новорожденного.

Третья группа олигофрении, связанная с интранатальными и постнатальными вредностями, включает:

1. Олигофрении, связанные с родовой травмой и асфиксией.
2. Олигофрении, связанные с черепно-мозговой травмой в раннем детстве.
3. Олигофрения, связанная с нейроинфекциями, перенесенными в раннем детстве.

В. В. Ковалев (1995) отмечает, что выделение олигофрении второй и третей группы основано на факторе временного патогенного воздействия на мозг, в то время как олигофрении, включенные в первую группу, обусловленные наследственными заболеваниями, выпадают из общей схемы классификации.

Классификация состояний общего психического недоразвития по С. С. Мнухину и Д. Н. Исаеву

Этиопатогенетическая классификация Г. Е. Сухаревой не могла вместить олигофрении, названные недифференцированными, так как определенную причину их возникновения выявить не удавалось. Это, а также большое клиническое разнообразие проявлений олигофрении побудили С. С. Мнухина к разработке систематики, основанной на клинико-физиологическом принципе. Его работу продолжил и завершил Д. Н. Исаев. Использование этой классификации позволяет врачам выделять клинические формы, ориентирующие их, а также дефектологов, специальных психологов, логопедов, работающих с этим контингентом больных, на практическую работу, прицельную, с учетом имеющихся клинических приоритетов, составление индивидуальных абилитационных программ. Таким образом, обеспечивается дифференцированный подход к больным олигофренией. Диагностика форм и вариантов общего психического недоразвития производится в основном клиническим методом выявления характерной симптоматики. При постановке диагноза также важно определять степень умственной отсталости. В Международной классификации 10-го пересмотра (МКБ-10) выделяют:

- — легкую умственную отсталость (F70), включающую легкую умственную субнормальность, дебильность; при определении коэффициента умственного развития по WISC — стандартизированной методике Д. Векслера (D. Wechsler), у лиц с легкой умственной отсталостью показатели колеблются в диапазоне 50-69;
- — умеренную умственную отсталость (F71), включающую имбецильность легкой и средней степени; коэффициент умственного развития у больных с умеренной умственной отсталость находится в диапазоне от 35 до 49;
- — тяжелую умственную отсталость (F72), включающую тяжелые варианты имбецильности; коэффициент умственного развития этих пациентов находится в пределах от 20 до 34;
- — глубокую умственную отсталость (F73), включающую идиотию; коэффициент умственного развития у больных с глубокой умственной отсталостью ниже 20 баллов.

Клинические признаки, позволяющие клинически диагностировать степень умственной отсталости у больных, представлены в главе, посвященной вопросам снижения интеллекта в разделе общей психопатологии.

С. С. Мнухин и Д. Н. Исаев выделили следующие 4 основные клинические формы общего психического недоразвития.

1. Стеническая форма.
2. Астеническая форма.
3. Дисфорическая форма.
4. Атоническая форма.

Больные со *стенической формой* общего психического недоразвития, особенно легкой степени выраженности, характеризуются довольно хорошей способностью к адаптации. Отличаясь сравнительно малой любознательностью,

примитивностью интересов, обладая преимущественно конкретным мышлением и бедной речью, они в то же время достаточно работоспособны. Усвоенные навыки и знания эти больные способны использовать в повседневной жизни.

Было выделено два варианта стенической формы общего психического недоразвития:

— уравновешенный;
— неуравновешенный.

Как ясно из названий, варианты отличаются друг от друга большей или меньшей выраженностью аффективной неустойчивости. Больные с уравновешенным вариантом адаптируются лучше неуравновешенных.

Астеническая форма общего психического недоразвития предполагает наличие у больных нарушений внимания, повышенной утомляемости, медлительности, затруднений в усвоении определенных навыков.

Вариантами астенической формы являются:

— основной, имеющий все основные особенности данной формы;
— брадипсихический, характеризующийся замедлением психических процессов;
— дислалический, с выраженными речевыми расстройствами;
— диспрактический, с моторными нарушениями;
— дисмнестический, с мнестическими расстройствами.

Больные с различными вариантами астенической формы, даже обладая определенным интеллектуальным багажом, словарным запасом, не способны рационально пользоваться ими. В связи с этим, при равной степени тяжести общего психического недоразвития, больные с астенической формой адаптируются хуже больных со стенической формой.

Больные с *дисфорической формой* общего психического недоразвития характеризуются своеобразным постоянным дисфорическим эмоциональным фоном, расторможенностью влечений. Больные конфликтны, у них часто отмечаются нарушения поведения. Они испытывают большие трудности в обучении, в усвоении трудовых навыков даже при легкой степени общего психического недоразвития. Вариантов этой формы выделено не было.

Характерными особенностями больных с *атонической формой* общего психического недоразвития являются низкая способность к психическому напряжению, к целенаправленной произвольной деятельности, грубые нарушения внимания. Выделили три клинических варианта этой формы:

— аспонтанно-апатический, характеризующийся снижением у больных эмоционального фона и полной их бездеятельностью;
— акатизический, сопровождающийся хаотической двигательной расторможенностью;
— мориоподобный, при котором больные нелепо дурашливы.

Общаться с больными, страдающими любым из этих клинических вариантов, крайне сложно. Даже обладая неплохо развитой речью, дети мало используют ее с целью коммуникации. Как и при астенической форме, при атонической формальные способности к приобретению знаний страдают меньше, чем практическое приспособление к окружающей среде.

Особенности клинической картины атонической формы общего психического недоразвития, во многом сходные с симптомами раннего детского аутизма и детского типа шизофрении, нередко приводят к необходимости дифференциальной диагностики.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Наследственно обусловленные формы олигофрении имеют характерную клиническую картину, отличающую их друг от друга и других форм общего психического недоразвития. Знание характерных симптомов и синдромов, результаты параклинических методов исследования (в данном случае, прежде всего генетических) позволяют провести дифференциальную диагностику и поставить определенный диагноз. Учитывая важность наследственно обусловленных олигофрении, в данной главе этой теме посвящен специальный раздел.

Генетически все наследственные болезни делятся на две большие группы: хромосомные и генные. Этиологическими факторами наследственных болезней являются геномные, хромосомные и генные мутации. Заболевания, свя-

Таблица 19

Нозологические формы и их частота среди умственно отсталых детей, обследованных в медико-генетической консультации (МГК)
(хромосомные и генные дефекты у 5662 обратившихся детей)
[Маринчева Г. С. и Гаврилов В. И., 1988]

Нозологические формы	Число больных	Частота форм в %
Болезнь Дауна	731	**12,9**
Другие хромосомные аберрации:	**116**	**2,04**
— аутосомные	**77**	**1,3**
— геносомные	**39**	**0,68**
Фенилкетонурия	325	**5,7**
Нейрофиброматоз Реклингхаузена	**55**	**0,9**
Туберозный склероз	**58**	**1,0**
Истинная микроцефалия	**55**	**0,9**
Синдром «лицо эльфа»	**52**	**0,9**
Гипотиреоз врожденный	**27**	**0,4**
Синдром Корнелии де Ланге	**17**	**0,2**
Мукополисахаридозы	**16**	**0,2**
Краниоцефальные аномалии (синдром Аперта, Крузона, Пфейфера, Франческетти)	**12**	**0,2**
Хондродистрофия	**9**	**0,1**
Синдром Рубинштейна-Тейби	**8**	**0,1**
Х-сцепленная рецессивная неспецифическая олигофрения	**8**	**0,1**

занные с геномными (изменение числа хромосом) и хромосомными (изменения структуры хромосом) мутациями, называются хромосомными болезнями. Большинство форм наследственных заболеваний обусловлено генными мутациями, то есть молекулярными изменениями на уровне ДНК (фенилкетонурия, синдром Ретта и др.). Эта группа болезней называется генетические болезни.

В табл. 19 представлена примерная частота наиболее распространенных заболеваний различных типов наследования среди умственно отсталых детей.

Авторы отмечают, что значительная доля больных фенилкетонурией в этом контингенте (5,7%) связана не только с направлением в медико-генетическую консультацию (МГК) большого числа ранее выявленных больных для назначения специфического лечения, но также и с относительно высокой популяционной частотой этого заболевания. Последнее относится и к болезни Дауна. Все остальные мутации впервые были диагностированы в МГК и поэтому полученные данные могут, в какой-то степени, свидетельствовать о распространении указанных нозологических форм у детей, особенно среди больных, наблюдаемых невропатологами и психиатрами. Умственная отсталость различной степени является одним из признаков этих заболеваний.

Рассмотрим наиболее распространенные и известные наследственные (хромосомные и генные) заболевания, с которыми может встретиться на практике психиатр.

Хромосомные болезни

Термин хромосомные болезни был предложен в 1959 г. французским генетиком Ж. Леженом (J. Lejeune). Он первый показал, что при болезни Дауна в соматической клетке наблюдается не 46, а 47 хромосом — трисомия при 21-й паре хромосом. В виде исторической справки мы не можем не привести высказывание о причинах болезни Дауна отечественного педиатра профессора М. С. Маслова в 1928 г.: «Этиология данного страдания нам совершенно неясна. Некоторые видят главную причину в наследственном сифилисе (Lemare), в истощении матери во время беременности или половом истощении отца (Berry), в несоответствии возраста родителей, наличии многочисленных родов, эндокринных и психических расстройств и т. п. Монголизм (так в те времена называли болезнь Дауна) есть сумма уродств, задержек развития от эндогенных факторов, заложенных в хромосомах». Последнее утверждение оказалось пророческим.

Среди различных групп умственно отсталых детей частота хромосомных нарушений составляет от 8 до 20%, что в 20 раз выше, чем в общей популяции. Около 80% всех случаев хромосомных аномалий приходится на болезнь Дауна, 4,5% — на другие тросомии, 9% — составляют аномалии половых хромосом и 6,5% — прочие дефекты хромосомного набора [Маринчева Г. В., ГавриловВ. И., 1988].

В настоящее время описано около 700 хромосомных болезней. Желательно у всех детей с умственной отсталостью проводить кариотипирование для исключения хромосомной аномалии. Выявление ее очень важно как для са-

мого больного — для выработки тактики лечения, социального статуса и т. д., так и для его родителей — для прогнозирования состояния следующих детей при планировании расширения семьи и тактики проведения пренатальной диагностики.

Большинство хромосомных болезней возникает спорадически в виде геномной и хромосомной мутаций в половых клетках (гаметах) или на первых делениях зиготы (оплодотворенная яйцеклетка).

Болезнь Дауна

Болезнь Дауна (синоним: синдром трисомии хромосомы 21) впервые была описана в 1866 г. английским врачом Д. Л. Г. Дауном (J. L. H. Down).

Частота заболевания среди новорожденных равна 1:700, в популяции — 1:4000. Среди больных олигофренией болезнь Дауна является самой частой формой и составляет около 10%. Клиническая симптоматика болезни Дауна настолько типична, что врач любой специальности должен уметь поставить хотя бы предположительный диагноз этой патологии.

Больные болезнью Дауна отличаются своеобразным лицом: косой, идущий снаружи и сверху внутрь и вниз разрез глаз, нередко эпикант (вертикальная кожная складка, прикрывающая медиальный угол глазной щели), короткий нос с широкой переносицей, маленькие деформированные уши, нередко полуоткрытый рот с высунутым языком и с выступающей нижней челюстью, сухие в трещинах губы. Фигура больного расслаблена, походка и движения неловкие. Голос грубый, речь односложная, косноязычная. Признаком хромосомной патологии является особенность дерматоглифики — одна поперечная большая складка на одной или на обеих ладонях. Отметим, что в 5% случаев такая складка наблюдается у здоровых людей с нормальным кариотипом. Для больных болезнью Дауна характерны врожденный порок сердца, пороки желчевыделительной системы. У всех больных наблюдается врожденное слабоумие.

В периоде грудного детства больные апатичны и ненормально спокойны, никогда не плачут, у них резко понижен мышечный тонус. И.И. Штильбанс (1965) пишет следующее: «Дети с болезнью Дауна ласковы, добродушны, послушны, но временами упрямы, они пугливы, любопытны и любят подражать окружающим, благодаря чему их можно приучить помогать окружающим по хозяйству, одеваться, однако к систематическому труду они не способны. Несложные житейские навыки обычно усваиваются многими из них».

Однако даже при наличии самых ярких проявлений болезни для окончательного диагноза необходимо исследование кариотипа больного. Наиболее частой цитогенетической формой болезни Дауна является простая трисомия по 21-й хромосоме.

В 3-4% случаев наблюдается транслокационный вариант. Транслокация — это структурные изменения хромосом, обмен сегментами между хромосомами. При транслокационном варианте в кариотипе содержится 46 хромосом, причем в хромосомном наборе имеются две хромосомы 21, одна нормальная хромосома 15 и крупная аномальная непарная хромосома, представ-

ляющая собой соединение третьей хромосомы 21 и второй хромосомы 15, то есть транслокация 21/15. Другой формой транслокации при болезни Дауна может быть соединение между собой двух хромосом 21 из трех имеющихся в хромосомном наборе.

В 3-4% при болезни Дауна наблюдается мозаичный вариант. Мозаицизм — это одновременное наличие у одного и того же лица кариотипически различных соматических клеток, то есть клеток с нормальным кариотипом и патологическим. И если при простой трисомии и транслокационном варианте клиническая картина болезни практически неразличима, то при мозаичном варианте (норма/трисомия) выраженность клинических симптомов, в том числе и степень олигофрении, зависит от количества нормального и патологического клона клеток: чем меньше процент нормальных клеток с 46 хромосомами, тем более выражена клиническая картина. Это одна из причин обязательного кариотипирования больного болезнью Дауна.

Учитывая сказанное, врач должен знать кариотип больного болезнью Дауна и его родителей. От цитогенетического диагноза зависит и тактика лечения больного, и медико-генетический прогноз следующего потомства его родителей. Выявление у кого-либо из родителей сбалансированной транслокации, являющейся причиной хромосомной патологии у ребенка, диктует непременное проведение пренатальной диагностики. Например, при транслокации типа 13/21, выявленной у отца, риск рождения больного болезнью Дауна составляет 2,5%, а при выявленной у матери — 10%. При транслокации у одного из родителей 21/21 риск рождения больного ребенка равен 100%.

Специфического лечения болезни Дауна не существует. Средняя продолжительность жизни больных 30-40 лет.

Синдром «кошачьего крика»

Синдром «кошачьего крика» описан Леженом в 1963 г. Минимальные диагностические признаки: необычный крик, напоминающий мяукание кошки; микроцефалия; умственная отсталость; делеция (нехватка) короткого плеча 5-й хромосомы. Такие признаки, как кошачий крик, мышечная гипотония в большинстве случаев с возрастом полностью исчезают. Популяционная частота 1:50 000 новорожденных.

Синдром Патау

Синдром Патау (синдром трисомии хромосомы 13) описан К. Патау (K. Patau) в 1960 г. Сочетание микроцефалии с полидактилией (увеличение числа пальцев на руке или ноге) и расщелиной губы и неба — ведущий диагностический симптомокомплекс данного синдрома. Также наблюдается множество пороков развития: анэнцефалия, врожденный порок сердца и мочеполовой системы. Диагноз подтверждается при цитогенетическом исследовании больного, когда выявляется трисомия хромосомы 13. У больных наблюдается резко выраженное отставание психического и моторного развития, нередко эпилептиформные пароксизмы. Продолжительность жизни не более года. Частота среди новорожденных 1:7800.

Синдром Эдвардса

Олигофрения в степени идиотии или глубокой имбецильности наблюдается во всех случаях синдрома Эдвардса, описанного английским генетиком Д. А. Эдвардсом (J. A. Edwards) в 1960 г. Синоним: синдром трисомии хромосомы 18. Частота среди новорожденных в среднем составляет 1:7 000, девочки поражаются в 3 раза чаще, чем мальчики.

У больных отмечаются множественные пороки развития: череп долихоцефалической формы со ступенеобразным западением лобных костей в области родничка, ушные раковины расположены низко, нижняя челюсть уменьшена (микрогения), наружное отверстие рта маленькое (микростомия); глазные щели узкие и короткие, крипторхизм и гипоспадия у мальчиков и гипертрофия клитора у девочек, врожденный порок сердца. Продолжительность жизни не более года. При мозаичных формах описаны больные в возрасте 19 лет и старше.

Синдром Клаинфелтера

Синдром Клаинфелтера описан американским врачом Г. Ф. Клайнфелтером (H. F. Klinefelter) в 1942 г. Ведущие симптомы синдрома Клаинфелтера: бесплодие, атрофия яичек с азоспермией, но без атрофии клеток Лейдига и с повышенным выделением фолликулостимулирующего гормона, гинекомастия, умственная отсталость. В 1958 г. П. Е. Полани (P. E. Polani) и соавт. выявили при цитогенетическом исследовании больных с указанной симптоматикой две Х-хромосомы. П. А. Якобе (P. A. Yacobs) и Д. А. Стронг (J. A. Strong) в 1959 г. подтвердили, что кариотип у больных с синдромом Клаинфелтера 47XXY (самый распространенный вариант), 48XXXY; 49XXXXY; а таккже различные формы мозаицизма: 47XXY/46XY; 47XXY/46XX; 47XXY/46XY/46XX и др.

Распространение: 1: 850 среди новорожденных мальчиков и 1-2,5% среди больных олигофренией. В 10% случаев у мужчин с бесплодием выявляется синдром Клаинфелтера.

Клиническая симптоматика синдрома начинает проявляться в препубертатном и пубертатном возрасте. Высокий рост, евнухоидное телосложение (длинные ноги, высокая талия, относительно широкий таз, отложение жира по женскому типу), склонность к ожирению, гинекомастия. Половой член нормальных размеров или уменьшен, яички опущены в мошонку, мягкие на ощупь, очень маленькие; диаметр яичек редко превышает 1,5 см (диаметр тестикул здорового мужчины в среднем равен 5 см). Один из основных признаков синдрома Клаинфелтера — бесплодие. При анализе спермограммы обнаруживается олиго- или азоспермия. Половая потенция ослаблена или, что чаще, отсутствует.

Нередко больные с этим синдромом впервые выявляются медицинской комиссией в военкомате при осмотре допризывников.

В зависимости от уровня интеллекта больных с синдромом Клаинфелтера можно разделить на три группы [Давиденкова Е. Ф. и др., 1973]:

— больные с практически нормальным интеллектом;

— больные с невысоким интеллектом, умственное развитие занимает промежуточное положение между нормой и патологией;
— больные с диагнозом олигофрения, чаще в степени дебильности.

Лечение. Применение мужских половых гормонов (тестостерона пропионата и его аналогов). При гинекомастии — хирургическое лечение. По показаниям могут быть назначены психостимуляторы и нейрометаболические препараты, как это общепринято при других формах олигофрении.

Синдром Шерешевского-Тернера

Синдром Шерешевского-Тернера (моносомия X) был описан двумя эндокринологами: русским Н. А. Шерешевским и американским Г. Тернером (H. Turner).

В 1925 г. **Н.** А. Шерешевский описал следующее наблюдение: больная 20 лет малого роста с первичной аменореей, гипоплазией гениталий. Кроме того, у нее имелась широкая кожная складка на шее и ряд других аномалий развития.

В 1938 г. Г. Тернер представил подробное описание картины заболевания с соматическими аномалиями и малым ростом при одновременно выраженном половом инфантилизме у 7 женщин. Г. Тернер выделил характерную для данной патологии триаду: инфантилизм, кожная складка на шее и деформация локтевых суставов (cubitis valgus). Этот симптомокомплекс получил название синдрома Тернера.

В 1959 г. Форд (Ford) и соавт. показали, что у больных с клинической симптоматикой, описанной Н. А. Шерешевским и Г. Тернером, отсутствует одна половая хромосома, то есть их хромосомный набор составляет 46X0.

У новорожденных с массой тела не более 2500 г с избытком кожи на шее сзади и лимфатическим отеком конечностей, что наблюдается у 50-80% больных, можно предположить синдром моносомии X. Лимфатический отек расценивается как проявление сердечной недостаточности из-за врожденного порока сердца, который нередко наблюдается у этих больных. До 9-10 лет больные развиваются без особенностей. Затем у девочек отмечается отставание в росте. Частым признаком заболевания является эпикант, реже наблюдают птоз, косоглазие, помутнение хрусталика, роговицы. Кардинальным признаком болезни Тернера-Шерешевского является половой инфантилизм, связанный с дисгенезией гонад, что в полной мере раскрывается в пубертатном периоде и старше. Гениталии имеют женское строение, но в значительной степени недоразвиты. Соски недоразвиты, ареолы узкие, почти лишены пигментации. Менструации отсутствуют. Больные с синдромом Тернера-Шерешевского бесплодны.

Описанные симптомы: половой инфантилизм, первичная аменорея и бесплодие являются следствием тех изменений в гонадах, которые вызваны отсутствием одной X хромосомы. У больных с кариотипом 45X0 не происходит нормального образования примордиальных фолликулов, терминальные и фолликулярные клетки дегенерируют и почти не вырабатывают эстрогены.

В возрасте 16-23 лет средний рост больных с синдромом Тернера-Шерешевского составляет 135 см (контроль 158 см) [Давиденкова Е. Ф. и др.,

1973]. Маленький рост в сочетании с первичной аменореей является кардинальным показанием к кариотипированию больной. Ведущее место в психическом состоянии больных занимает симптомокомплекс своеобразного психического инфантилизма. Больные внушаемы, упрямы, капризны. Умственная отсталость встречается значительно чаще, чем в популяции, в отдельных случаях наблюдается олигофрения в степени имбецильности.

Гормональное лечение (анаболические гормоны и эстрогенные препараты) способствуют некоторому увеличению роста и выраженности вторичных половых признаков, улучшают психическое состояние больных. У женщин с мозаичной формой болезни Тернера-Шерешевского (46XX/45X0), при которой наблюдается наличие гениталий, может наступить беременность и родиться здоровый ребенок.. Фенотипически этих больных трудно отличить от истинных больных с болезнью Тернера-Шерешевского, то есть с кариотипом 46X0. Поэтому всех женщин с подозрением на данную хромосомную патологию непременно нужно обследовать цитогенетически.

Энзимопатические формы олигофрении, связанные с наследственными обменными нарушениями

К настоящему времени известно около 6000 генных заболеваний. Часть из них относится к психиатрической дисциплине, так как ведущим симптомокомплексом у этих больных является олигофрения и нарушение интеллекта. Приводим описания наиболее распространенных и чаще встречающихся на практике генных наследственных заболеваний.

Фенилкетонурия (синонимы: синдром Феллинга, фенилпировиноградная олигофрения). Впервые фенилкетонурия была описана в 1934 г. норвежским врачом И. А. Феллингом (I. A. Foiling). Заболевание обусловлено дефицитом фермента фенилаланингидроксилазы, контролирующего превращение фенилаланина в тирозин. При этом концентрация фенилаланина увеличиватся во всех жидких средах организма в десятки раз. Накопление данной аминокислоты в крови вызывает нарушение миелиновой оболочки вокруг аксонов в центральной нервной системе. Ген, ответственный за синтез фермента фенилаланингидроксилазы, картирован на 12-й хромосоме (12q22—24). В настоящее время детально изучена природа и частота мутаций этого гена. У славян и жителей северо-западной Европы доминирует мутация R408W.

Манифестация клинических симптомов: гипервозбудимость, повышенный мышечный тонус, эпилептиформные пароксизмы, диспепсия, экзема, характерный «мышиный» запах («затхлый» запах, запах «волка») начинается через 3-4 недели после рождения. Эти клинические проявления являются результатом интоксикации неутилизируемого фенилаланина, поступающего с пищей. Позже развивается умственная отсталость, которая без лечения может достигать тяжелой степени.

Диагноз заболевания ставится на основании повышенного содержания фенилаланина в крови при исследовании аминокислотного спектра крови. Проведение качественной реакции на содержание фенилпировиноградной кислоты возможно в условиях поликлиники. При этом применяют реакцию

Феллинга (пробирочная проба) с полуторохлористым железом ($FeCl_3$). К 2-5 мл мочи добавляют 6-10 капель 10% раствора $FeCl_3$. Проба считается положительной при появлении сине-зеленого или серо-зеленого окрашивания. Результат учитывают непосредственно после добавления реактива, так как через 5-10 минут после начала реакции цвет соединения бледнеет. При положительной пробе с $FeCl_3$ исследуется содержание фенилаланина в крови. В родильных домах проводится скрининг на выявление больных ФКУ с использованием микробиологического теста Гатри.

Тип наследования фенилкетонурии аутосомно-рецессивный. Частота заболевания равна 1:10 000 новорожденных, частота гетерозиготного носительства — 1:100.

Больным фенилкетонурией и их родителям рекомендуется проведение молекулярно-генетического (ДНК-ового) исследования как для подтверждения диагноза, так и для проведения пренатальной диагностики при повторной беременности матери, так как риск рождения больного ребенка в этой семье от второй и последующих беременностей равен 25%. Родители ребенка с заболеванием аутосомно-рецессивного типа наследования являются обязательными (облигатными) гетерозиготными носителями мутантного гена. Рекомендуется исследование гетерозиготного носительства и второго партнера родителя больного ребенка, учитывая значительную частоту гетерозигот с данной мутацией.

Фенилкетонурия является самым иллюстративным примером результативности лечения больного с наследственной ферментопатией. Лечение заключается в диете с резким ограничением фенилаланина и применением безфенилаланиновых белковых препаратов. Своевременно начатая терапия (с 1~2 месяцев жизни), которая регулярно проводится в течение 10-12 лет, в отдельных случаях предотвращает развитие олигофрении и других симптомов болезни.

Мукополисахаридозы. К болезням накопления относится группа мукополисахаридозов, которая состоит из заболеваний с нарушением обмена глюкозоаминогликанов. К настоящему времени известно более 10 нарушений обмена мукополисахаридов с различным биохимическим дефектом.

К мукополисахаридам относятся гиалуроновая кислота и хондроитинфосфаты, являющиеся ведущим компонентом соединительной и хрящевой тканей, а также гепарин, содержащийся в печени, легких и в стенках крупных сосудов. Он является антикоагулянтом, подавляющим активацию протромбина в тромбин. При мукополисахаридозах наблюдается генетически обусловленное снижение активности ферментов, необходимых для расщепления указанных белков.

При *мукополисахаридозе типа I* (синонимы: *синдром Гурлера, гаргоилизм, синдром Шейе — тип V)* наблюдается дефицит ос-D-гидролазы из ферментов группы лизосомных |3-галактозидаз (фермент, ответственный за катаболизм кислых мукополисахаридов — дерматан- и гепарансульфатов). Недостаточность этого фермента приводит к экскреции больших количеств мукополисахаридов, дерматан- и гепарансульфатов с мочой, а также накопления этих веществ в различных клетках организма.

Тип наследования аутосомно-рецессивный. Мутантный ген локализован на 4-й хромосоме (4p16.3). Название болезни произошло от французского слова «gargoille», так как внешний вид больного напоминает своеобразные уродливые фигуры гарголы, украшающие собор Нотр-Дам в Париже. Впервые заболевание описано в 1919 г. Г. Гурлером (G. Hurler).

При синдроме Гурлера наблюдаются следующие симптомы: выраженная умственная отсталость, задержка роста, черепно-лицевые дизморфии, множественный дизостоз, помутнение роговицы, повышенное выделение с мочой указанных выше веществ. Характерен внешний вид больного ребенка. В первые месяцы жизни развиваются типичные для этого заболевания изменения конфигурации черепа. Отмечаются грубые черты лица, нависший лоб, запавшая переносица, экзофтальм, деформированные ушные раковины, толстые губы, широко поставленные зубы. Туловище больных укорочено, грудная клетка деформирована, выражен дорсальный или дорсо-люмбальный кифоз. Эпифизы длинных костей утолщены и расширены, энхондральное окостенение нарушено. Пястные кости расширены. Наличие врожденного порока сердца, гепатоспленомегалии, гипертрихоза. Кожа сухая, грубая, бледная. Помутнение роговицы глаз. На глазном дне обнаруживают атрофию зрительных нервов. Развиваются слепота и глухота. Умственная отсталость проявляется с 1-2 лет и неуклонно прогрессирует до глубокой деменции. Прогноз в отношении течения заболевания безнадежный. В возрасте 10-12 лет больные погибают от присоединения инфекций.

Мукополисахаридоз типа II (синдром Хантера) имеет более благоприятное течение. Для него типична глухота, тугоподвижность суставов и другие костные изменения, атипичный пигментный ретинит. В легкой степени выражена умственная отсталость, возможны изменения психики. В основе развития синдрома Хантера лежит дефект лизосомного фермента группы |3-галактозидаз — сульфоидуронатсульфатазы. Как и при гаргоилизме, у больных выделяется с мочой большое количество кислых мукополисахаридов — дерматан- и гепарансульфатов.

Тип наследования рецессивный, сцепленный с Х-хромосомой, поэтому данный синдром наблюдается только у мальчиков. Больные погибают от присоединения инфекции. Однако отмечены случаи заболевания, когда больные доживали до 50-60 лет.

Мукополисахаридоз III типа (синонимы: *синдром Санфилиппо, полидистрофическая олигофрения)* описан в 1961 г. американским педиатром С. Д. Санфилиппо (S. J. Sunfilippo). Мутация характеризуется слабовыраженными костными изменениями (тугоподвижность суставов), незначительной гепатоспленомегалией, отставанием в физическом и умственном развитии ребенка с неуклонным их прогрессированием. При синдроме Санфилиппо наблюдается повышение экскреции гепарансульфата с мочой. Тип наследования аутосомно-рецессивный.

Возможна пренатальная диагностика мукополисахаридозов, основанная на определении содержания в околоплодных водах ферментов, обмен которых изменен при определенном типе заболевания.

Липидозы. К группе наследственных болезней, называемых липидозами, относится *амавротическая идиотия Тея-Сакса {болезнь Тея-Сакса); GM_2-гаиглиозидоз с дефицитом гексоаминидозы А; GM .^ганглиозидоз — тип I.*

Английский офтальмолог В. Тей (W. Тау) описал это заболевание в 1881 г. по наличию специфических вишнево-красных пятен на глазном дне. Детальная клиническая картина была представлена американским невропатологом П. Б. Саксом (P. B. Sachs) в 1885 г. Вследствие дефицита гексоаминидазы А в головном мозге, печени, селезенке накапливаются OM_2-ганглиозиды и в клетках тканей резко нарушается липидный обмен. В головном мозге наблюдается диффузная атрофия отдельных областей, чаще мозжечка и затылочных долей больших полушарий. Манифестация клинических проявлений начинается с 4-6 месяцев жизни больного. Ранее активный ребенок начинает утрачивать интерес к окружающему, перестает играть, смеяться, узнавать родителей. Отмечается снижение зрения. Больной перестает фиксировать взгляд и следить за игрушкой. Довольно рано на глазном дне обнаруживают специфический для болезни Тея-Сакса симптом «вишневой косточки». Развивается атрофия зрительных нервов и слепота. Двигательные нарушения приводят к полной обездвиженности. С регрессом двигательных функций наблюдается развитие умственной неполноценности до степени идиотии. Судорожные пароксизмы. Дети погибают на фоне развивающейся кахексии через 1,5-2 года после начала первых признаков мутации.

Тип наследования аутосомно-рецессивный. Ген локализован на 15-й хромосоме (15q23-q24). Обращает внимание специфичность распространения амавротической идиотии Тея-Сакса. Мутация преимущественно наблюдается среди евреев-ашкенази — выходцев из восточной Европы, Литвы, Польши, некоторых областей Украины. Частота заболевания среди них варьирует 1:3600-6000 детей. С еще большей частотой данная патология встречается в изолятах немецких канадцев в штате Квебек (Канада). Во всех других популяциях распространение заболевания равно 1:500 000. Частота гетерозиготного носительства (носительства мутантного гена) равна 1:30 — 1:40 в еврейской популяции и 1:380 — у остальных. Проводится молекулярная диагностика с целью выявления как гетерозиготных носителей, так и гомозиготных носителей — больных. Налажена пренатальная диагностика амавротической идиотии Тея-Сакса.

Факоматозы. Не последнее место среди моногенных заболеваний занимают факоматозы — системные нарушения, при которых наблюдаются опухолевидные пороки развития кожи в сочетании с поражением нервной системы, сердечно-сосудистой системы, глаз и других органов.

Наиболее распространенными из этой группы заболеваний являются *нейрофиброматоз Реклингхаузена (синдром Реклингхаузена, врожденная нейроэктодермальная дисплазия)* и *туберозный склероз (болезнь Прингля-Бурневилля).*

Немецкий патолог Ф. Д. фон Реклингхаузен (F. D. von Recklinghausen) дал первое детальное описание болезни в 1882 г. Признаки заболевания манифестируют с рождения или в 1-й декаде жизни больного. На коже повсе-

местно появляются пятна цвета кофе различного размера от 0,1-0,3 см до 2-3 см в диаметре. Характерны высыпания мелких веснушкоподобных кофейных пятен в подмышечных областях. Подобные высыпания можно наблюдать и у здоровых людей. Наличие около 10 пятен позволяет диагностировать нейрофиброматоз. Также типичным признаком заболевания является развитие опухолей, распространяющихся по ходу периферических нервов. Характерна глиома зрительного нерва, отмечаются нейрофибромы на веках, конъюнктиве, роговице, радужке и по ходу цилиарных нервов; гамартомы радужной оболочки (узелки Лиша). При нейрофиброматозе встречаются изменение скелета: кифосколиоз, асимметрия трубчатых костей. Приведено описание заболевания I типа, так называемого периферического нейрофиброматоза.

II тип нейрофиброматоза (центральный тип) характеризуется опухолями черепно-мозговых нервов, менингиомами, опухолями спинного мозга. В зависимости от уровня поражения наблюдается соответствующая неврологическая симптоматика. Нередко возникает судорожный синдром и поражаются почти все черепные нервы, в том числе VIII пара, что вызывает снижение слуха и даже глухоту. При центральном типе нейрофиброматоза пигментные пятна на коже и периферические нейрофибромы отсутствуют. Чаще встречается I тип заболевания, при котором умственная отсталость наблюдается в 40-50% случаев. Отставание у детей выявляется в виде задержки становления речи и моторики. У некоторых больных с выраженным интеллектуальным дефектом наблюдаются двигательная расторможенность, резкие аффективные вспышки. У больных преобладают случаи неглубокой умственной отсталости, но встречаются больные и с выраженным интеллектуальным недоразвитием (олигофрения в степени имбецильности). Частота нейрофиброматоза среди новорожденных равна 1:3000, среди учащихся вспомогательных школ-интернатов — 1:260 [Маринчева Г. С, Гаврилов В. И.,1988]. Тип наследования аутосомно-доминантный с варьирующей экспрессивностью. В 50-85% случаев — это результат возникновения новых мутаций.

Ген нейрофиброматоза Реклингхаузена I типа локализован на 17-й хромосоме (17ql1.2), II типа — на 22-й хромосоме (22ql2.2).

Туберозиый склероз (синонимы: *болезнь Прингля-Бурневилля; эпилойя).*

Впервые туберозный склероз описан в 1862 г. немецким патологом Ф. Д. фон Реклингхаузеном (F. D. von Recklinghausen). В 1880 г. французский невропатолог Д. М. Бурневиль (D.-M. Bourneville) выделил в отдельную нозологическую форму это заболевание и дал ему выше приведенное название. Типичная для туберозного склероза аденома сальных желез описана в 1890 г. Д. Принглем (J. Pringle).

Основные признаки туберозного склероза представлены нервно-психическими и эндокринными нарушениями, кожными изменениями и пороками развития внутренних органов. Первые признаки болезни появляются на 1-м году жизни в виде полиморфных эпилептиформных припадков различного характера и степени выраженности. Далее отмечается отставание психического развития, снижение интеллекта до глубокой имбецильности. Уже в ран-

нем возрасте на теле ребенка можно рассмотреть депигментированные участки на коже. К 4-6 годам у многих больных (70%) наблюдается ангиофиброма щек в виде розовых и красных папул (так называемая «бабочка») — самый характерный симптом этого заболевания. Кроме сказанного, при осмотре больного можно увидеть шагреневые утолщения кожи, депигментированные пятна неправильной формы, фиброматозные подкожные узелки, «кофейные» пятна, ангиоэктазии, белые невусы. У больных особенно часто встречаются рабдомиома сердца и опухоли почек. Характерным для туберозного склероза являются при рентгенографии черепа множественные петрификаты небольших размеров, которые чаще всего локализуются в области III и боковых желудочков, но могут располагаться и в корковом веществе мозга, в мозжечке. Течение заболевания неуклонно прогрессирует. Только отдельные больные доживают до 20-25 лет. Лечение симптоматическое. Популяционная частота в среднем равна 1:50 000. Аутосомно-доминантный тип наследования (85% случаев — результат новых мутаций). Ген локализован на 9-й хромосоме (9q33-q34).

Эльфы — в германских народных поверьях духи природы, населяющие воздух, землю, горы, леса, жилища людей, к которым эльфы обычно доброжелательны. *Синдром «лицо эльфа»* (синонимы: *синдром Фанкони-Шлезингера, синдром тяжелой идиопатической инфантильной гиперкальциемии, синдром Вильямса, синдром Вилъямса-Бойрена).*

Нам не удалось выяснить, кто назвал обсуждаемый синдром именем добрых летающих духов эльфов, но дети с данным заболеванием отличаются доброжелательностью и доверчивостью к людям.

Среди пациентов медико-генетической консультации число больных с синдромом «лицо эльфа» занимает третье место после болезни Дауна и фенилкетонурии [Маринчева Г. С, Гаврилов В. И., 1988]. Для синдрома «лицо эльфа» свойственно: врожденный порок сердца (надклапанный стеноз аорты), стеноз легочной артерии, умственная отсталость со своеобразными чертами лица, гиперкальциемия. Характерен внешний вид больных. У детей щеки опущены вниз, маленький сдавленный подбородок, сдавленный в висках лоб, полные губы, особенно нижняя, своеобразный разрез глаз, косоглазие, несколько вдавленная переносица, кончик носа с закругленным тупым концом, зубы редкие и удлиненные. Часто радужная оболочка голубая со своеобразным звездчатым рисунком. У больных отмечается патология опорно-двигательной системы — врожденный вывих бедра, прогрессирующий сколиоз и др. Умственная отсталость имеет свои особенности. Речь развита до словоохотливости, но при этом логическое мышление отсутствует и ответы на заданные вопросы нелепы. Однако у больных с синдромом «лицо эльфа» наблюдается хороший музыкальный слух и чувство ритма. С трудом обучаясь во вспомогательной школе, дети с определенным успехом посещают музыкальную школу. Гиперкальциемия наблюдается в возрасте 8-18 месяцев, что является в это время причиной гипотонии, анорексии, рвоты, полидипсии (повышенное потребление жидкости), полиурии (повышенное выделение жидкости с мочой), запоров, почечной недостаточности.

Состояние больных ухудшается в связи с поражением сердечно-сосудистой системы, формированием кифосколиоза, лордоза, ограничением подвижности суставов.

Популяционная частота 1:10 000-25 000, соотношение полов одинаковое. Тип наследования предположительно аутосомно-рецессивный.

При многих наследственных заболеваниях отмечаются специфические внешние особенности больного, свойственные именно этой патологии. Ярким примером сказанного может служить болезнь Дауна или синдром Гурлера (мукополисахаридоз I типа). К подобной патологии относится и описанный в 1933 г. голландским педиатром *синдром Корнелии де Ланге* (Cornelia De Lange). Наиболее характерными симптомами синдрома Корнелии де Ланге являются низкий рост волос на узком лбу, длинные густые ресницы, гипоплазия крыльев носа, плоская переносица, резкое увеличение расстояние от корня носа до верхней губы (макростомия), тонкая верхняя губа с короткой уздечкой, гипертрихоз, дисплазия ушных раковин, корткая шея, грубый голос, синдактилии II и III пальцев стоп, короткие первые пальцы, гипоплазия ногтей, сгибательные контрактуры локтевых суставов, деформация бедер по типу галифе.

У всех больных наблюдались задержка психического и физического развития, микроцефалия, синофриз (сросшиеся на переносице брови), вывернутые наружу ноздри, тонкая, загнутая внутрь верхняя губа, микрогения (недоразвитие нижней челюсти), высокое небо, микромелия (укорочение конечностей), клинодактилия (искривление одного или более пальцев кистей или ног). Отмечено прогрессирование умственной отсталости до степени дебильности. Встречаются больные с редкими судорожными пароксизмами.

Популяционная частота 1:12 000. Соотношение полов равное. Тип наследования неизвестен. Большинство наблюдений спорадические. У некоторых больных с синдромом Корнелии де Ланге обнаружены микроструктурные хромосомные перестройки на 3-й хромосоме (3q26/3). Лечение симптоматическое.

Наследственные заболевания, вызванные «динамическими» мутациями (болезни экспансии)

Ряд наследственных заболеваний в современной литературе описывают в главе болезни экспансии (накопления), вызванные «динамическими» мутациями. Этот тип мутации найден только у человека. Особенностью болезней экспансии является эффект антиципации (ожидания), смысл которого заключается в нарастании тяжести симптомов заболевания в последующих поколениях [Горбунова В. Н., Баранов В. С, 1997]. К болезням экспансии относят синдром Мартина-Белла, хорею Гентингтона, миотоническую дистрофию, спинально-мозжечковую атаксию тип I, спинально-мозжечковую дегенерацию Мачадо-Джозефа и др. В практике врача наиболее часто встречаются первые две патологии.

Синдром Мартина-Белла или *синдром умственной отсталости с ломкой (фрагильной) Х-хромосомой* — доминантно наследуемое заболевание.

Клиническая характеристика была впервые описана Д. Мартином и Д. Беллом (J. Martin и J. Bell) в 1943 г. Синдром Мартина-Белла отличается характерной цитогенетической картиной, выявленной К. Лабе (С. Lubs) в 1968 г. и заключающейся в ломкости вблизи дистального отдела длинного плеча Х-хромосомы, (Xq27-28). Этот феномен был обнаружен при культивировании лимфоцитов крови больного мужчины в среде с недостаточным содержанием фолатов. Он наблюдался и у женщин — носительниц мутантного гена, но в значительно меньшей степени. Немаловажным фактом для цитогенетической диагностики синдрома является то, что ломкость хромосом выявляется только в 60-70% случаев, хотя до настоящего времени этот маркер является ведущим в диагностике синдрома Мартина-Белла или синдрома ломкой (фрагильной) Х-хромосомы.

Казалось бы, у всех мужчин-носителей ломкой Х-хромосомы должна наблюдаться клиника синдрома Мартина-Белла. Однако на самом деле в 20% случаев эти мужчины являются практически здоровыми людьми, но внуки их часто оказываются больными, то есть можно говорить о неполной пенетратности мутантного гена. Однако все значительно сложнее.

В мае 1991 г. группа исследователей под руководством Ж.-Л. Манделя из Национального института здоровья и медицинских исследований в Страсбурге (Франция) и Г. Сазерленда из Детской больницы в Аделаиде (Австралия) сообщили об открытии дефекта, являющегося причиной умственной отсталости при синдроме Мартина-Белла. Они обнаружили наличие у этих больных измененного гена, который был назван FMR-1 (Fragile Mental Retardation). Повторяющаяся последовательность трех нуклеотидов — CGG (цитозин-гуанин-гуанин) — характерная особенность данного гена, локализованного на Х-хромосоме (Xq 27-28).

У здоровых людей число повторов в этом гене варьирует от 6 до 45. Хромосомы, в которых имеется 50-200 повторов, считаются «премутацией». В следующем поколении число повторов может увеличиться (экспансия) до 200-600 и более. Удлинение гена приводит к снижению и в некоторых случаях выключению его функциональной активности, то есть клиническая картина заболевания зависит от числа повторов. С их увеличением нарастает тяжесть течения синдрома.

Характерным при синдроме Мартина-Белла является внешний вид больного: удлиненное лицо в сочетании с широкими и/или выступающими ушными раковинами, прогнатизм (выступание верхней челюсти вперед по сравнению с нижней), высокое небо, уплощение корня носа, большой подбородок, макроцефалия. У юношей и взрослых больных мужчин в 17% случаев отмечается макроорхизм. Если у здоровых мужчин средний объем яичек доходит до 30 мл, то у больных — до 100 мл. Как правило, выражена умственная отсталость различной степени. У маленьких детей наблюдается двигательная расторможенность. Иногда развивается шизофреноподобная симптоматика с аутистическим поведением, эхолалией, стереотипными гиперкинезами. Г. С. Маринчева и В. И. Гаврилов считают, что в связи с большой частотой заболевания (1:2000 у лиц мужского пола) и малой специфичное-

тью клинической симптоматики исключению синдрома Мартина-Белла должны подвергаться все лица мужского пола, у которых имеется неспецифическая картина умственной отсталости (1988). Заметим, что у больных с этим синдромом только аутизм наблюдается в 16% случаев. Картина заболевания у больных женщин и мужчин различна. У первых в значительно меньшей степени наблюдается снижение умственной отсталости и менее выражены явления дизморфизма.

Разбираемый синдром является хорошим примером импринтинга — феномена, сущность которого состоит в различной активности гомологичных хромосом (или генов) в зависимости от их происхождения — материнской или отцовской. Гетерозиготные женщины, получившие мутантный ген от фенотипически нормального (практически здорового) отца-трансмиттера (носителя мутации), всегда интеллектуально сохранны и у них при цитогенетическом исследовании нет или имеется очень небольшой процент ломкой X-хромосомы. Болезнь протекает очень тяжело, если мутация получена от матери. Поэтому предпочтительно при выявлении как самого заболевания, так и гетерозиготных носителей мутантного гена, проводить молекулярное исследование, как более совершенное и информативное.

Учитывая, что ломкость участка X-хромосомы проявляется при цитогенетическом исследовании в соответствующих реактивах со сниженным содержанием фолатов, можно предположить, что в патогенезе заболевания имеет значение дефицит фолиевой кислоты. Поэтому предложено в качестве специфической терапии больных применять эту кислоту.

Беременные, у которых риск рождения ребенка с синдромом Мартина-Белл равен 50%, непременно должны проходить пренатальную диагностику. Тип наследования синдрома Мартина-Белла доминантный.

Хорея Гентингтона была выделена в отдельную нозологическую форму в 1982 г. американским невропатологом Д. Гентингтоном (G. Huntigton). При этом заболевании, встречающемся с одинаковой частотой и у женщин, и у мужчин, на четвертом десятилетии жизни появляются признаки экстрапирамидной недостаточности в виде хореических гиперкинезов конечностей, туловища и лица в сочетании с прогрессирующей деменцией. Последнее может иметь место независимо от экстрапирамидных симптомов. Характерны изменения психики — эмоциональная лабильность и паранойя. Средний возраст манифестации признаков заболевания 38-40 лет, хотя есть описания больных с первыми признаками патологии в 80-90 лет. Приблизительно в 10% наблюдений хорея Гентингтона манифестирует до 20-летнего возраста. Самое раннее начало болезни описано у ребенка 2 лет. Если у взрослых первые симптомы болезни проявляются в виде экстрапирамидных и пирамидных знаков, то у детей более выражены мозжечковые дисфункции, гиперрефлексия. Отставание в психическом развитии становится очевидным в школьном возрасте. Эпилептиформные пароксизмы наблюдаются редко (1%) и у детей, и у взрослых.

Больные с ювенильной формой чаще наследуют мутантный ген от отца, а не от матери. Это еще один пример импринтинга. В клинической сим-

птоматике у них прелабирует ригидный, а не дрожательный (хореический) синдром.

Диагноз хореи Гентингтона устанавливается при следующих условиях.

1. Наличие у больного прогрессирующей экстрапирамидной подкорковой недостаточности, включающей произвольные и непроизвольные насильственные движения, чаще хореического характера.

2. Наличие психических нарушений, включающих снижение познавательных функций, обеднение эмоций и/или изменение личности.

3. Подтверждением хореи Гентингтона являются указания в родословной пациента о подобных больных или о членах семьи с гентингтоновскои симтоматикой.

Тип наследования аутосомно-доминантный с высокой пенетрантностью и популяционной частотой от 2 до 6 на 100 000 и частотой гетерозиготного носительства 1:5 000. Среди черного населения Южной Африки и Северной Америки, а так же в Японии и Китае хорея Гентингтона встречается значительно реже, чем в Европе. При молекулярно-генетическом исследовании гена хореи Гентингтона наблюдается экспансия триплетных повторов CAG — цитозин-аденин-гаунин. Ген локализован на 4-й хромосоме (4p16.3). У здоровых людей число повторов C AG в этом гене составляет 10-34, у больных — 37-100 и более, в 90% случаев у больных число повторов равно 40-46. Из сказанного следует, что молекулярное обследование должны проходить не только пациенты с симптоматикой, свидетельствующей в пользу хореи Гентингтона, но непременно и их родственники (независимо от возраста). Анализ родословной позволяет предположить носителя мутантного гена.

Возможна и обязательна пренатальная диагностика этого заболевания. При установлении его у плода, беременная имеет право знать будущее своего ребенка и за ней остается право решения о продолжении беременности.

Существует изречение, приписываемое педиатру Фанкони: «Болезни редки, пока мы о них мало знаем». В последнее время все чаще в периодической литературе встречаются работы, посвященные ниже обсуждаемой мутации. Среди множества патологических форм у детей, при которых наблюдается отставание умственного развития и недостаточность подкорковой экстрапирамидной системы головного мозга, имеется редко диагностируемый синдром Ретта.

Впервые *синдром Ретта* был описан в 1966 г. австрийским педиатром А. Реттом (A. Rett). Симптомокомплекс синдрома Ретта проявляется прогрессирующим слабоумием и неспособностью к активным целенаправленным движениям в руках (апраксия), атаксией, эпилептиформными (типа больших и малых) пароксизмами. Характерным для синдрома Ретта являются стереотипные движения руками (автоматизмы) типа «умывания руками» (hand washing). Для данного заболевания типично начало проявления заболевания в возрасте 1,5-2 лет. До этого времени ребенок развивается соответственно возрасту.

В качестве примера приводим наблюдение больной синдромом Ретта [Вахарловский В. Г. и др., 1994].

Пример. Лена Ш. родилась 4.08.1990 г. от здоровых родителей (матери 29 и отцу 30 лет), от 2-й беременности, протекавшей с явлениями умеренного токсикоза в 1-й половине. В виду слабости родовой деятельности в родах применяли стимуляцию. Девочка родилась в срок с массой тела 3100 г и длиной 51 см. Оценка по шкале Апгар 8 баллов. Период новорожденности и грудного детства протекал без особенностей. Гуление замечено с 3-4 недель, голову стала держать с месяца, сидеть с 7, а ходить с 1 года 3 месяцев. Плановые прививки в срок, без осложнений. Естественное вскармливание до 6 месяцев. Отставания в психическом развитии до 1,5 лет не отмечалось. Старший брат 8 лет здоров. Генеалогический анамнез у родителей без особенностей. Родители служащие, образование средне-техническое.

С 1,5 лет мать стала замечать у ребенка «ослабление» слуха и реакций на обращенную речь, замедление темпа ходьбы. У девочки прекратилась способность удерживать игрушки в руках, ложку во время еды. Появились скованность в конечностях и движения в руках — типа потирания рука об руку или «умывания» одной кисти руки о другую. Причем эти симптомы развились в течение нескольких недель. С диагнозом «детский церебральный паралич, отставание психического развития» 28.03.92 г. девочка была направлена в стационар для обследования и установления диагноза. Стигм дизэмбриогенеза и соматической патологии обнаружено не было. Обследование на фенилкетонурию, гипераминоацидурию и ВИЧ-инфекцию дало отрицательные результаты. Общеклинические исследования крови и мочи без особенностей. Неврологическое исследование: сухожильные и периостальные рефлексы повсеместно несколько снижены, но на ногах выше, чем на руах; мышечная скованность по экстрапирамидному типу в конечностях, на ногах выше, чем на руках. Девочка неопрятна, крайне беспокойная, на прикосновения врача реагирует плачем, несколько успокаивается на коленях у матери или отца, беспорядочно хватает различные предметы со стола, не удерживает их в руках и роняет на пол, реакция на обращенную речь, звуки и свет отсутствует. Наблюдаются постоянные автоматизмы типа «умывания» рук. В отделении имел место большой эпилептический припадок, чего раньше мать не отмечала. На обзорной рентгенограмме черепа патологических знаков не выявлено. При ультразвуковом сканировании головного мозга особенностей не отмечено. При анализе электроэнцефалограммы выявлено следующее: альфа-ритм практически отсутствует. Доминирует медленная активность тета- и дельта-диапазонов, на которые наслаиваются бета-колебания разной частоты, в основном низкочастотные. Дельта-волны преобладают по амплитуде в теменно-затылочной области слева. Альфа-активность представлена отдельными волнами в разных отведениях. На этом фоне наблюдаются вспышки острых волн, отчетливо преобладающих по амплитуде и продолжительности в правом полушарии (теменно-височно-затылочная область). Часто имеют место двигательные артефакты. Данная ЭЭГ свидетельствует о наличии диффузного патологического процесса в мозгу с преобладанием явлений раздражения в правом полушарии. Таким образом, на основании наличия автоматизмов типа hand washing, наличия умственной отсталости и экстрапирамидной недостаточности в сочетании с эпилептическими пароксизмами и, принимая во внимание женский пол пациента, был выставлен диагноз «синдром Ретта». Отметим, что этот диагноз был подтвержден и при использовании компьютерной системы «POSSUM».

Тип наследования синдрома Ретта доминантный, сцепленный с Х-хромосомой. Популяционная частота 1:10 000 — 1:15 000. Лечение симптоматическое.

В нашу задачу не входило описывать все наследственные заболевания, при которых у больного наблюдаются изменения психики и интеллекта. Мы привели примеры хромосомных и генных мутаций, разных по этиологии и типам наследования, отличающихся друг от друга клинически и синдромологически. Мы полагаем, что при знании вышеразобранных патологий врачу будет легче поставить диагноз как уже известного заболевания, так и увидеть незнакомый симптом или синдром. Это явится стимулом к расширению знаний о наследственных заболеваниях в психиатрии и поможет интерну подойти ближе к истинному диагнозу болезни даже у самого необычного больного.

ДИНАМИКА ОЛИГОФРЕНИИ

Для того чтобы квалифицированно оказать помощь пациентам с общим психическим недоразвитием, врач должен иметь представление о возможной динамике состояния. Как уже указывалось, одним из основных диагностических критериев олигофрении является непрогредиентность, то есть отсутствие динамики. Из этого может следовать вывод о невозможности терапии олигофрении, который неправилен. Во-первых, понятие непрогредиентности касается лишь интеллектуальной недостаточности. Во-вторых, развитие ребенка продолжается, хотя и ограничено определенными рамками. В-третьих, при некоторых формах олигофрении, обусловленных энзимопатиями, в настоящее время выявлено медленно прогрессирующее интеллектуальное снижение. В-четвертых, при общем психическом недоразвитии отмечается динамика компенсаций и декомпенсаций состояния. Механизмы декомпенсаций и возможности компенсаций особенно важно знать детскому психиатру.

Причины декомпенсаций могут быть экзогенными (инфекционные заболевания, интоксикация, травма, а также переутомление, различного рода психогении) и эндогенными (возрастная гормональная перестройка, вегетативные нарушения, расстройства ликворо- и гемодинамики и пр.).

Наиболее частыми признаками декомпенсации состояния общего психического развития являются [Булахова Л. А., 1985]:

1. Снижение продуктивности в усвоении учебного материала и трудовых навыков.
2. Усиление церебрастенической симптоматики (головные боли к вечеру, повышенная утомляемость, ухудшение внимания и т. п.).
3. Появление или усиление психопатоподобных поведенческих реакций.
4. Появление или учащение фазовых аффективных колебаний, дисфорических состояний.
5. Появление или возобновление судорожных состояний.

6. Возникновение психотических состояний.

Постоянное динамическое наблюдение больного, работа с его семьей, своевременное и грамотное лечение способны предотвратить или смягчить декомпенсации, создать благоприятные условия для оптимального развития ребенка.

ЛЕЧЕНИЕ И АБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОБЩИМ ПСИХИЧЕСКИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ

Основными принципами лечения детей с общим психическим недоразвитием являются своевременность, дифференцированность, комплексность, продолжительность, вовлечение семьи в леченый процесс.

Своевременность обусловлена необходимостью максимально раннего назначения лечения, как при установлении диагноза, так и при появлении признаков декомпенсации состояния.

Дифференцированность лечения и индивидуальный подход обязательны в связи с полиформностью проявлений клинической картины общего психического недоразвития у разных больных.

Комплексность лечения определяется сложностью патогенеза и структуры состояния общего психического недоразвития, требующих вмешательства разных специалистов (психиатров, психотерапевтов, невропатологов, психологов, дефектологов, логопедов и др.).

Продолжительность лечения обусловлена тем, что общее психическое недоразвитие является патологическим состоянием, а не болезнью.

Вовлечение семьи в процесс лечения является совершенно необходимым, так как в противном случае назначения врачей будут выполняться неправильно или не будут выполняться совсем, обстановка в семье, отношение к ребенку могут создать благоприятные условия для его лечения, а могут декомпенсировать его состояние.

Медикаментозное лечение должно быть по возможности этиопатогенетическим (противовоспалительным, гормональным, антибактериальным и т. п.), сочетать стимулирующие, общеукрепляющие препараты, использовать при необходимости антидепрессанты, нейролептики, седативные, дегидратирующие и противосудорожпые препараты.

Абилитация детей с общим психическим недоразвитием должна проводиться согласно методологическим и организационным принципам, сформулированным М. М. Кабановым (1985): апелляция к личности, партнерство, разносторонность воздействия, единство психосоциальных и биологических методов воздействия, ступенчатость проводимых воздействий и мероприятий. Особое значение в процессе абилитации ребенка с общим психическим недоразвитием приобретает работа с его семьей [Эйдемиллер Э. Г., 1990; Добряков И. В., 1998].

Умственная отсталость ребенка — серьезное испытание для всей его семьи. Часто родители пытаются искать причины несчастья, донимают врачей

расспросами о том, кто виноват в том, что развитие нарушено. Нередко они предлагают свои версии случившегося и ждут от врача их подтверждения. Например, отец считает, что во всем виновата его жена, которая простудилась во время беременности, одеваясь «по своей глупости недостаточно тепло, но нарядно». Мать считает виноватым мужа, который, во-первых, «иногда крепко выпивает», а во-вторых, «имеет двоюродную тетку, больную эпилепсией» И, наконец, оба родители часто считают виноватыми во всем акушеров-гинекологов и других врачей, которые якобы что-то недоглядели или что-то сделали не так. Всякое, конечно, бывает. Однозначного ответа на вопрос «кто виноват?», как правило, нет. Да и не нужен он до той поры, пока не встанет вопрос о возможности рождения следующего ребенка. В этом случае и мать, и отец должны обязательно обратиться в генетическую консультацию и обследоваться там. Во всех остальных случаях поиски виновного деструктивны. Они отражают чувство собственной вины, попытки облегчить свои переживания. Нередко споры о виновнике могут привести к ухудшению взаимоотношений в семье и даже ее распаду. Умственно отсталый ребенок — беда, и уж если она пришла, членам семьи нужно сплотиться и поддерживать друг друга. Нужно научиться принимать ребенка таким, какой он есть, стараться создавать комфортные условия для его развития, быть требовательным к нему, но в пределах его возможностей. В противном случае возможно воспитание «в культе болезни», при котором родители, а вслед за ними и ребенок считают, что если малышу не повезло, ему ни в чем не должно быть отказа. При таком воспитании дети становятся эгоистичными, плохо адаптируются и обучаются. При правильном подходе к ребенку близкие очень скоро обретают способность радоваться общению с ним, его пускай скромным успехам. Благоприятная обстановка в семье, отсутствие у родителей чрезмерных амбиций способствуют развитию ребенка. Умственно отсталые дети развиваются, хотя их развитие имеет определенный предел, и они никогда не смогут догнать в своем развитии здоровых сверстников.

Умственно отсталый ребенок должен постоянно наблюдаться у одного психиатра, хорошо знающего его особенности, его семью, понимающего его возможности. Родителям не следует метаться от одного специалиста к другому, ездить в другие города и страны в поисках чудесного целителя или лекарства. Грамотный психиатр, постоянно наблюдающий ребенка, нужен ему, как правило, значительно больше, чем разовая консультация знаменитости. Психиатр периодически проводит умственно отсталому ребенку курсы лечения, способствующие улучшению его развития, предупреждению сопутствующих невротических реакций. Таким образом, умственно отсталый ребенок может быть «горем» семьи, ее «позором», хроническим психотравмирующим фактором, а может приносить радость, как другие здоровые дети. Все зависит от отношения к нему семьи, правильного понимания задач воспитания и лечения, правильного подхода.

Очень важно, чтобы в семье был адекватный уровень притязаний к умственно отсталому ребенку. К сожалению, нередко родители не находят в себе мужества, не хотят смириться с заключением специалистов о том, что у их

ребенка, например, общее психическое недоразвитие в степени дебильности. Они начинают чрезмерно много заниматься с ним. Больной ребенок не справляется с заданиями, вызывая раздражение, или выполняет их, но это дается ему огромным перенапряжением сил. Между тем родители настаивают на том, чтобы он посещал обычную школу, адаптироваться в которой ему необычайно сложно. Сравнивая свои успехи с успехами сверстников, не справляясь или с трудом справляясь с заданиями, легкими для других учеников, понимая, что родители и учителя ими недовольны, дети с умственной отсталостью очень переживают свою несостоятельность, страдают. В результате у них нередко развиваются невротические расстройства, чреватые нарушениями поведения, агрессивностью. Многие, читающие эти строки, могут вспомнить свои школьные годы и одноклассника двоечника и второгодника. Вспомните, как относились к нему ребята, каково ему жилось. Как правило, адаптируясь в классе, дети с легкой умственной отсталостью либо становятся агрессивными, драчливыми, пытаясь заставить уважать себя силой, либо соглашаются быть посмешищем и превращаются в классных шутов. И в том, и в другом случае самооценка у них очень низкая. Иногда, благодаря усердным занятиям, дети с легкой степенью умственной отсталости, особенно имеющие хорошую механическую память (что бывает не так уж редко), плохо, но все же справляются с программой. Получая свои тройки, они переходят во второй, в третий класс... Чем дальше, тем им становится сложнее. Хронически уставшие, не имеющие настоящих друзей изгои, не оправдавшие надежды родителей и испытывающие в связи с этим чувство вины, с выраженным комплексом неполноценности эти дети испытывают неимоверные трудности. Невротическая симптоматика при этом усугубляется, часто возникают депрессии, психосоматические расстройства. При обучении во вспомогательной школе этого, как правило, удается избежать. Что заставляет родителей устраивать детям такие стрессы? Прежде всего, страх, который они испытывают перед диагнозом «дебильность» и незнание, что за ним стоит. В представлении человека, далекого от психиатрии, психологии, педагогики дебил — это «конченый человек», которому нет места в современном обществе. Не только услышать от родителей, но иногда и на страницах печати можно встретить неграмотные утверждения, согласно которым, если ребенок умеет, например, вязать или делать простые модельки самолетов, если он помнит наизусть всего «Руслана и Людмилу», то, конечно же, он не дебил. К сожалению, это не так. В этих утверждениях — невежество и неуважение к человеку с легкой умственной отсталостью, который, как я уже говорил, может овладеть определенным ограниченным объемом школьных знаний, профессией.

К подростковому возрасту при благоприятных условиях они осваивают программу 5-6 классов общеобразовательной средней школы, освоить простую профессию, не требующей использования абстрактного мышления. Став взрослыми они могут, как правило, жить самостоятельно, обеспечивать себя материально, заниматься творчеством (рисовать, петь, танцевать и т.д.). В наблюдении и руководстве лица с легкой интеллектуальной недостаточностью нуждаются лишь в психотравмирующих ситуациях, связан-

ных с экономическими, личностными, социальными проблемами. Больные этой группы могут жениться или выходить замуж, однако низкая социальная компетенция серьезно затрудняет это и резко ограничивает социальный ролевой репертуар.

Годам к трем-четырем детский психиатр должен поставить ребенку диагноз умственной отсталости средней степени или имбецильности. У таких детей мышление замедленно и непоследовательно. Они никогда не достигают даже невысокого уровня развития интеллектуально-мнестических функций, а заметное отставание социального интеллекта требует постоянного умеренного наблюдения за ними, в стрессовых ситуациях оно делается необходимым. Обучение этих детей маловероятно, они почти не могут овладеть школьными знаниями, но способны научиться обслуживать себя и выполнять несложную домашнюю работу. Родителям очень важно понимать это, чтобы правильно наметить оптимальные цели воспитания. Попытки обучать имбецила грамоте, счету и т. п. нужно предпринимать очень осторожно. Занятия лучше проводить индивидуально. Очень важно следить, чтобы они не вызывали у больного ребенка отрицательных эмоций, являющихся показателем чрезмерности нагрузки. В противном случае это может привести к печальным последствиям: нарушениям поведения, невротическим срывам, депрессиям и т. п.

Приоритетным для детей с умеренной умственной отсталостью является освоение социальных и ручных навыков. Им важно научиться самим делать покупки, ездить в транспорте по знакомому маршруту, овладеть несложными трудовыми навыками.

К годовалому возрасту психиатру уже может быть окончательно ясно, что ребенок страдает тяжелой степенью умственной отсталости — идиотией, при которой практически отсутствует речь, психические реакции на окружающее.

Часто такие дети имеют сопутствующие заболевания внутренних органов, неврологические нарушения, расстройства зрения и слуха. В связи с этим, нередко, такие больные ограничены в подвижности, не могут овладеть навыками опрятности, страдают недержанием мочи и кала. Таким образом, они не способны обслужить себя и нуждаются в постоянном уходе.

В некоторых случаях в результате постоянных занятий с детьми удается научить их некоторым навыкам самообслуживания. Однако даже эти дети нуждаются в постоянном уходе, наблюдении и контроле. Невербальное и вербальное общение с ними очень затруднено. Многие из них только к подростковому периоду овладевают элементарным словарным запасом, некоторым сделать это не удается. Они практически не обучаемы. Однако при адекватном надзоре и руководстве, грамотном постоянном лечении больные иногда способны принимать участие в домашних делах.

Контрольные вопросы

1. Что такое олигофрения (дайте определение)?
2. Чем отличается олигофрения от деменции?
3. По каким признакам определяют степень общего психического недоразвития?
4. На каких принципах основана классификация Г. Е. Сухаревой?
5. Какие формы олигофрении выделены в классификации С. С. Мнухина и Д. Н. Исаева?

Список рекомендуемой литературы

1. *Исаев Д. Н.* Психическое недоразвитие у детей. — Л.: Медицина, 1982. — 224 с.
2. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1995. - 560 с.
3. *Мамайчук И. И.* Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции. — СПб.: Изд-во СПб. Ун-та, 2000. - 168 с.
4. *Мариничева Г. С, Гаврилов В. И.* Умственная отсталость при наследственных болезнях. М.: Медицина, 1988. — 256 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) — ВОЗ, Россия, СПб.: «АДДИС», 1994. - 300 с.
6. *Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро-М, 1997. — 496 с.



РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

«Резидуально-органическими нервно-психическими расстройствами называют группу разнообразных нарушений у детей и подростков, обусловленных относительно стойкими последствиями поражений головного мозга разной этиологии. Основное место среди них принадлежит нарушениям, обусловленным внутриутробными и ранними постнатальными поражениями мозга» [Ковалев В. В., 1988]. Большинство авторов склоняются к точке зрения, что термином «резидуальные расстройства» следует обозначать только те неврологические и психические нарушения, которые являются следствием закончившегося органического церебрального заболевания (менингоэнцефалита, травматического или токсического поражения головного мозга).

Нервно-психические расстройства, являющиеся результатом органического поражения головного мозга, по своим проявлениям зависят от того, в каком возрасте имело место поражение. Если патологический процесс протекал на фоне незавершенного формирования основных мозговых структур и физиологических механизмов регулирования (до 3-4 лет), следствием могут быть умственная отсталость, эпилепсия, расстройства личности и другие разнообразные нарушения эмоциональной, когнитивной и поведенческой сфер. При этом на первый план выступают явления недоразвития или задержки темпа развития психических функций.

В случае органического процесса после завершения созревания и формирования мозговых структур последствия выражаются преимущественно энцефалопатическим синдромом.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Достаточно всеобъемлющей классификации резидуально-органических поражений головного мозга нет.

Существуют описания отдельных клинических форм и синдромов: «органическая психопатия», «синдром органического дефекта», «хронический органический психосиндром» и др. С. С. Мнухин (1968) выделял резидуально-органические невропатию и психопатию, умственную отсталость и временные задержки развития, частичные недоразвития.

В МКБ-9 выделяли раздел 310 «Специфические непсихотические психические расстройства на почве органического поражения головного мозга», куда были включены «синдром лобной доли», «изменение личности или познавательных способностей» вследствие указанных поражений головного мозга.

Классификация резидуально-органических нервно-психических расстройств по В. В. Ковалеву (1988)

I. Преимущественно дизонтогенетические формы:

1) синдромы нарушения развития отдельных систем мозга: речи, психомоторики, пространственных представлений, чтения, письма, счета и др.;
2) синдромы психического и психофизического инфантилизма;
3) синдром «органического аутизма» по С. С. Мнухину (1968);
4) синдром резидуальной олигофрении.

II. Преимущественно энцефалопатические формы:

1) церебрастенические синдромы;
2) неврозоподобные синдромы;
3) психопатоподобные синдромы;
4) диэнцефальные (гипоталамические) синдромы — вегетативно-сосудистые, нервно-трофические и др.;
5) синдромы гидроцефалии;
6) эпилептиформные синдромы;
7) синдромы резидуально-органической деменции.

III. Формы смешанного (энцефалопатически-дизонтогенетического) генеза:

1) нервно-психические расстройства при детских церебральных параличах;
2) атипичные резидуально-органические олигофрении и др.

Если рассматривать классификацию резидуально-органических расстройств с позиции МКБ-10, то можно увидеть такое соотнесение с классификацией В. В. Ковалева (табл. 20).

Диэнцефальные синдромы, синдромы гидроцефалии и нервно-психические расстройства при детском церебральном параличе рассматриваются в соответствующих разделах курса невропатологии.

Как видно из приведенной классификации, резидуально-органические поражения головного мозга представлены разнообразными клиническими синдромами, имеющими большое сходство с таковыми при различных других нервно-психических расстройствах, таких как неврозы, расстройства личности, эпилепсия, а в ряде случаев — психозы различной этиологии, в том числе и шизофрения.

Учитывая сложности систематизации резидуально-органических поражений головного мозга, представляется уместным рассмотреть клинические варианты с позиции периодизации психического развития и уровней реагирования по В. В. Ковалеву.

При проведении дифференциального диагноза с другими нозологическими формами заболеваний необходимо учитывать, что при всем многообразии синдромов резидуально-органического генеза есть общие характеристики, присутствующие при любом синдроме.

Таблииа 20

Классификация резидуально-органических расстройств

По Ковалеву В.В.	ПоМКБ-10
1.1.синдромы нарушения развития отдельных систем мозга	F8.нарушения психологического развития: F80. специфические расстройства развития речи; F81. специфические расстройства развития школьных навыков; F82. специфическое расстройство развития двигательных функций; F83. смешанные специфические расстройства
1.3. синдром «органического аутизма»	F84.0. детский аутизм
1.4. синдромы резидуальной олигофрении	F7. умственная отсталость
11.1. неврозоподобные синдромы: астенический; гиперкинетический; тики; заикание; страхи; энурез; энкопрез; истероформный; депрессивно-дистимический, сенестопатически-ипохондрический	F06.6. органическое эмоционально-лабильные (астенические) расстройства; F90. гиперкинетические расстройства; F95. тикозные расстройства; F98.5. заикание; F93. эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста; F98.0. неорганический энурез; F98.1. неорганический энкопрез; F06.5. органическое диссоциативное расстройство; F92. смешанные расстройства поведения и эмоций; F92.0. депрессивное расстройство поведения; F92.8. другие смешанные расстройства поведения и эмоций; F30-39. расстройства настроения
11.2. психопатоподобные синдромы	F91. расстройства поведения; F07.0. органическое расстройство личности
11.5. эпилептиформные синдромы	См. раздел «эпилепсия»
11.6. синдромы резидуально-органической деменции	F07.1. постэнцефалитический синдром; F07.2. посткоммоционный синдром
111.2. атипичные резидуально-органические олигофрении	F7. умственная отсталость

Общие признаки резидуально-органических поражений головного мозга, наблюдающиеся при любых клинически обозначенных синдромах:

1. При всем разнообразии клинических форм резидуально-органических поражений головного мозга, частом их сочетании между собой у одного и того же пациента, «сквозным» синдромом (который можно выявить у всех пациентов с этой патологией) является астенический (церебрастенический) синдром; при этом он есть у пациентов всех возрастных групп и характеризуется

астеническими проявлениями в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах.

2. Клиническая картина других синдромов органического поражения головного мозга во многом определяется тем периодом психического развития, на котором в данный момент находится пациент.

3. Наличие резидуально-органического поражения головного мозга не исключает развития у пациента других нозологических форм нервно-психических расстройств, как эндогенных, так и психогенных, то есть как психотического, так и невротического уровня.

При этом резидуально-органическое поражение головного мозга является патопластической основой возникающего расстройства, во многом определяющей характер его симптомов. Например, невротические и соматоформные расстройства у детей и подростков очень часто возникают у тех из них, которые имеют те или иные симптомы или синдромы резидуально-органического генеза. Последние очень часто и становятся «вторично психогенно обусловленными», то есть симптомы резидуально-органического генеза определяют «locus minoris resistentia», обусловливающий симптоматику невротического регистра.

Не случайно проблемам дифференциального диагноза резидуально-органических и невротических расстройств уделяется много внимания (см. раздел «невротические и соматоформные расстройства»).

4. Для всех синдромов резидуально-органического генеза характерно наличие в неврологическом статусе микроневрологической симптоматики, подтверждающей этиологию синдрома.

5. При всех синдромах резидуально-органического генеза имеются в разной степени выраженности параклинические признаки, подтверждающие диагноз (изменения ЭЭГ, рентгенограммы черепа, пневмоэнцефалограммы, специфические признаки при психологических исследованиях).

6. Симптомы соматовегетативных нарушений, оформляющиеся в виде диэнцефального синдрома, или присутствующие в виде отдельных характерных симптомов, таких как метеозависимость, непереносимость жары, холода, укачивания, повышенная потливость конечностей, термолабильность, лабильность веса, аппетита, стула и других вегетативных функций.

Согласно В. В. Ковалеву (1995), первым, самым ранним уровнем реагирования является соматовегетативный, характерный для детей до 3 лет.

Основным синдромом резидуально-органического поражения головного мозга в этот период, обусловленным преимущественно перинатальными вредностями, является синдром «невропатии» или «органической невропатии» по С. С. Мнухину (1968) (В МКБ-10 этот синдром не классифицируется).

Как правило, этот синдром выявляется на 2-4-м месяцах жизни. Основные его проявления — симптомы расстройства вегетативных функций: аппетита, стула, сна. Обильные срыгивания, постоянное беспокойство, нарушения формулы сна, расстройства стула в форме перемежающихся запоров и

поносов, беспричинные подъемы температуры тела до 37,5-38,0 °С, гипотрофия или, наоборот, гипертрофия. Эта симптоматика является недифференцированной, то есть может быть обусловлена различными причинами (соматическими, эндогенными, психогенными, резидуально-органическими). Однако при резидуально-органическом генезе уже в этом возрасте характерны симптомы астении: быстрая истощаемость на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях. Симптомы ярко проявляются во второй половине дня, во время соматических заболеваний и менее зависимы от психогенных факторов. Надо постоянно помнить, что в этом возрасте мать — очень важная фигура привязанности, и отношения с ней оказывают влияние на все функции организма ребенка. Большим подспорьем в дифференциальной диагностике являются наличие или отсутствие неврологической симптоматики, характер общения ребенка со взрослыми, особенности психомоторного развития. Данный синдром при благоприятном варианте течения может редуцироваться, либо (чаще в случаях значительного поражения головного мозга в перинатальном периоде) трансформироваться *в симптоматику следующего уровня реагирования по В. В. Ковалеву — психомоторного (у детей 4~7 лет).*

В этом периоде развития психики ребенка происходит освоение навыков речи, разнообразных двигательных функций, навыков опрятности, то есть контроля за собственными физиологическими функциями.

СИНДРОМЫ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Гиперкинетические расстройства

Эпидемиология. Среди детей школьного возраста данный синдром встречается в 3-5%. Соотношение мальчиков и девочек 3:1

Одними из главных признаков этого синдрома являются проблемы дефицита внимания. Кроме того, для детей с этим синдромом характерны: недостаточная настойчивость в деятельности, требующей когнитивных усилий, и тенденция переходить от одного занятия к другому, не завершая ни одного из них, наряду с плохо организованной, слабо регулируемой и чрезмерной активностью. С этими расстройствами часто сочетаются такие эмоциональные нарушения, как импульсивность, а недостаточная обдуманность поведения приводит к совершению поступков, результатом которых становятся несчастные случаи, нарушения правил и дисциплины. Во взаимоотношениях со взрослыми дети с этими расстройствами не соблюдают дистанции — расторможены, недостаточно осторожны, несдержанны. Имеют место и когнитивные нарушения: неравномерность интеллектуального развития, задержки в моторном и речевом развитии.

С возрастом эти расстройства тоже могут редуцироваться либо, при «обрастании» другими симптомами и синдромами, осложняться и углубляться.

Дифференциальный диагноз этих расстройств необходимо проводить с эндогенными и с невротическими расстройствами. Наличие в анамнезе перинатальных вредностей, неврологическая микросимптоматика, результаты параклинических исследований (признаки внутричерепной гипертензии на рентгенограмме черепа, изменения ЭЭГ по резидуально-органическому типу и др.), сопоставление значимости в конкретном поведении биологических и психогенных факторов позволяют правильно установить диагноз. Не следует забывать, что эти расстройства тоже сопровождаются симптомами астении, способны ухудшаться при интеркуррентных заболеваниях.

Гиперкинетические расстройства могут сочетаться и с другими синдромами данного уровня реагирования, рассматриваемыми ниже.

F90. Гиперкинетические расстройства. По МКБ-10 эта группа расстройств характеризуется ранним началом; сочетанием чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства при выполнении задач. Эти характеристики поведения проявляются во всех ситуациях и обнаруживают постоянство во времени. Главную роль в происхождении этих расстройств играют конституциональные факторы, в том числе перинатальные вредности.

Примечание. Исследовательский диагноз гиперкинетического расстройства требует отчетливого наличия анормальных уровней невнимательности, гиперреактивности и беспокойства, которые являются общей характеристикой, проявляющейся в разных ситуациях и сохраняющейся во времени, что можно установить при прямом наблюдении и что не обусловлено другими расстройствами, такими как аутизм или аффективные расстройства.

G1. Невнимательность. По меньшей мере 6 симптомов невнимательности из числа следующих сохраняются на протяжении минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:

1) часто проявляющаяся неспособность внимательно следить за деталями или совершение беспечных ошибок в школьной программе, работе или другой деятельности;

2) часто не удается поддерживать внимание на заданиях или игровой деятельности;

3) часто заметно, что ребенок не слушает того, что ему говорится;

4) ребенок часто неспособен следовать инструкциям или завершать школьную работу, повседневные дела и обязанности на рабочем месте (не из-за оппозиционного поведения, а из-за неспособности понять инструкции);

5) часто нарушена организация заданий и деятельности;

6) часто избегает или очень не любит заданий, таких как домашняя работа, требующая постоянных умственных усилий;

7) часто теряет вещи, необходимые для выполнения определенных заданий или деятельности, таких как школьные вещи, карандаши, книги, игрушки или инструменты;

8) часто легко отвлекается на внешние стимулы;

9) часто забывчив в ходе повседневной деятельности.

G2. Гиперактивность. По меньшей мере три симптома гиперактивности из числа нижеперечисленных сохраняются на протяжении минимум 6 месяцев в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:

1) часто беспокойно двигает руками или ногами или ерзает на месте;

2) покидает свое место в классной комнате или в другой ситуации, когда требуется оставаться сидеть;

3) часто начинает бегать или куда-то карабкаться, когда это является неуместным (в подростковом или зрелом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);

4) часто неадекватно шумен в играх или испытывает затруднения в тихом проведении досуга;

5) обнаруживается стойкий характер чрезмерной моторной активности, на которую существенно не влияют социальные ситуация и требования.

G3. Импульсивность. На протяжении минимум 6 месяцев сохранялся по меньшей мере один из следующих симптомов импульсивности в такой степени выраженности, которая свидетельствует о плохой адаптивности и не согласуется с уровнем развития ребенка:

1) часто выпаливает ответы до того, как завершены вопросы;

2) часто неспособен ждать в очередях, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях;

3) часто прерывает других или вмешивается (например, в разговоры или игры других людей);

4) часто слишком много разговаривает без адекватной реакции на социальные ограничения.

G4. Начало расстройства не позднее 7-летнего возраста.

G5. Общий характер расстройства. Приведенные критерии должны выявляться не в единственной ситуации, например, сочетание невнимательности и гиперактивности должны отмечаться как дома, так и в школе или в школе и другом учреждении, в котором наблюдается ребенок, в частности в клинике. (Для выявления кроссситуационного характера расстройства обычно требуется информация не только из одного источника; сообщения родителей о поведении в классе, например, вряд ли будут достаточны.)

G6. Симптомы в 01—03 вызывают клинически значимый дистресс или нарушение в социальном, образовательном или профессиональном функционировании.

G7. Расстройство не отвечает критериям общих расстройств развития (F84), маниакального эпизода (F30), депрессивного эпизода (F32) или тревожных расстройств (F41).

Успеваемость. У многих детей с гиперкинетическим расстройством и синдромом дефицита внимания (СДВ) отмечаются серьезные трудности в школе, вне зависимости от того, есть или нет у них специфические расстройства обучения. Они могут иметь более низкую продуктивность, оценки, баллы контрольных тестов. Им также сложно продвигаться в образовании, час-

то их помещают в специальные классы. И, наконец, они могут быть выгнаны из высшего учебного заведения или не завершить высшее образование. Особенно тревожными можно назвать данные, что академические навыки детей с СДВ страдают еще до начальной школы.

Расстройства обучения. У многих детей с СДВ и гиперкинетическим синдромом присутствуют и специфические расстройства обучения, как, например, проблемы с языком или важными академическими навыками, наиболее типично — чтением и счетом.

Расстройства артикуляции и речи. От 30 до 60% детей имеют расстройства артикуляции и речи. Помимо более частого, чем следовало ожидать, преобладания формальных расстройств артикуляции и речи, у них часто бывают трудности с использованием речи в повседневных ситуациях. Чрезмерная и громкая говорливость, частое переключение в разговорах, неумение слушать, перебивание других, завязывание разговоров в неподобающих ситуациях — вот немногие из общих примеров.

Дети с гиперкинетическим расстройством и СДВ не только заговариваются, но и используют меньше местоимений и союзов, что делает трудным для понимания то, о чем говорит ребенок.

Проблемы со здоровьем. Дети с СДВ и гиперкинетическим расстройством подвержены хроническим инфекциям верхних дыхательных путей, астме и аллергиям. Сведения о более частых случаях мочеиспускания в постель и других проблем с естественными отправлениями противоречивы. У детей достаточно распространены нарушения сна, хотя истинная их природа не ясна. Нежелание ложиться спать и меньшее общее время сна — по-видимому, наиболее значительные из проблем со сном. У детей в среднем подростковом возрасте может отмечаться небольшое ухудшение роста, которое, как оказалось, не связано с приемом лекарств и, по-видимому, нормализуется в позднем подростковом возрасте. Также у этих детей выше частота **тиков.** Это внезапные, повторяющиеся, неритмичные движения или звуки, такие как мигание, гримасничание, «прочищение горла», ворчание или другие звуки.

Склонность к риску и происшествиям. Учитывая их импульсивность, сложности с подавлением моторики, неумение планировать и-продумывать, — не удивительно, что до 50% детей с гиперкинетическим расстройством и СДВ считаются *склонными к происшествиям.* Они более чем в 2 раза (по сравнению с другими детьми) получают серьезные ранения в результате несчастных случаев: переломы костей, рваные раны, тяжелые ушибы, отравления или травмы головы.

Импульсивность и опасное поведение детей также повышает риск травм с последующим посттравматическим стрессовым расстройством.

Гиперкинетические расстройства с СДВ — существенный фактор риска раннего начала курения, злоупотребления психоактивными веществами и рискованного сексуального поведения, такого как промискуитет или отсутствие средств защиты. Эти наблюдения говорят об эволюции гиперактивно-импульсивного поведения в паттерны безответственного и рискованного поведения

взрослого (хотя некоторые из этих случаев можно объяснить сопутствующими поведенческими проблемами).

Проблемы в семье. Семьи детей с этим расстройством испытывают много трудностей, включая внутренние взаимодействия, характеризующиеся общей негативностью, непослушанием детей, сверхконтролем родителей, конфликтами между братьями и сестрами. Родители могут переживать сильный дистресс и связанные с этим проблемы, наиболее общими из которых являются депрессии у матерей и антисоциальное поведение (например, злоупотребление психоактивными веществами) у отцов. Еще более сильный стресс может проистекать из того факта, что у родителей ребенка с СДВ у самих может быть СДВ и сопутствующие расстройства. Конфликт между этими детьми и их матерями наиболее выражен в дошкольном возрасте и продолжается в младшем школьном и подростковом.

Крайне важно отметить, что во многих случаях высокий уровень семейных конфликтов, а также связь между гиперкинетическим расстройством, психопатологией у родителей и ссорами обусловлены сопутствующими поведенческими расстройствами у ребенка в большей степени, чем самим синдромом.

Проблемы со сверстниками. Дети и подростки с гиперкинетическим расстройством редко достигают компромисса или делятся, что характерно для других детей. Дети могут быть надоедливы, упрямы, социально «неуклюжи» и социально нечувствительны. Другие приписывают им социальную заметность, звучность, активность и быструю реакцию. Они социально активны, но обычно «не в контекст» по стилю, содержанию и времени своего поведения, что часто рождает непонимание других детей с самыми плохими последствиями. Похоже, что у этих детей бывают проблемы, даже когда они хотят быть полезными, и хотя их поведение выглядит бессмысленным, оно часто непреднамеренно. Они оценивают свое поведение выше, чем оно воспринимается другими, и могут быть озадачены негативной реакцией окружающих.

В свете этих характеристик неудивительно, что дети с гиперкинетическим расстройством и СДВ нелюбимы и коллективно отвергаемы сверстниками, имеют мало друзей и часто несчастливы. Во многих ситуациях среднее функционирование этих детей лишь немногим ниже, чем у других. Однако у этих детей отмечается ненормально высокая вариабельность их работоспособности в зависимости от времени, поставленной задачи и в различных ситуациях. Ребенок может внимательно смотреть любой видеофильм, но неспособен сосредоточиться на картинках в журнале, если его попросить сделать это, может прибежать, когда его зовут на обед, а на следующий день — вроде и не слышать зова. Эта вариабельность и выделяет их среди сверстников.

Сопутствующие психические расстройства и симптомы. Коморбидность с другими расстройствами детского возраста высока (нарушения социального поведения, координации, школьных и речевых навыков, аффективные расстройства, когнитивный дефицит). Расстройства социального поведения

выявляются у 70% детей с этим расстройством. Гиперкинетические симптомы столь обычны у детей с общими расстройствами развития, что не выставляются у них в качестве дополнительного диагноза.

Около половины всех детей с гиперкинетическим расстройством (ГКР) в основном — мальчики, отвечают критериям оппозиционно-вызывающего расстройства (ОВР) с 7 лет и старше. Дети реагируют чрезмерно, набрасываясь на взрослых и других детей. Они упрямы, нетерпеливы и драчливы.

Примерно у 30-50% детей неизбежно развивается расстройство поведения (РП). Дети с РП нарушают законы общества и у них высок риск серьезных проблем в школе или с милицией. Они могут драться, лгать, воровать, устраивать пожары, уничтожать собственность или использовать запрещенные наркотики. ГКР — один из наиболее стабильных предшественников РП.

ГКР и РП склонны передаваться в семьях, что предполагает наличие общего причинного механизма. На этом основании была выдвинута гипотеза, что симптомы и проблемы с поведением — различные проявления одного и того же заболевания. Однако гиперкинетическое расстройство с СДВ обычно ассоциируют с когнитивными нарушениями и затруднениями в неврологическом развитии, тогда как поведенческие проблемы более часто связывают с неблагоприятной обстановкой в семье, психопатологией у родителей и социальными неувязками.

Частое сочетание ГКР и РП привело к выделению рядом специалистов «агрессивного подтипа» ГКР. Рациональным зерном здесь является то, что наличие сопутствующего РП в корне изменяет клинические проявления, течение, исход и реакцию на лечение ГКР с СДВ. В пользу данной идеи говорит то, что у этих детей отмечаются более тяжелые нарушения речевой функции и памяти, худший прогноз при злоупотреблении психоактивными веществами или при дорожно-транспортных происшествиях. У них также хуже динамика при приеме стимулирующих лекарств, чем у детей с одним из этих расстройств.

Тревожные расстройства. Около 25% детей с ГКР — как правило, младшие мальчики, — страдают чрезмерной тревожностью. Эти дети боятся быть оторванными от своих родителей, пробовать что-то новое, проходить тестирование, устанавливать социальные контакты или ходить к доктору. Они могут испытывать напряжение или дискомфорт и постоянно ищут подтверждения своей правоты. Поскольку их тревога не реалистична, более часта и более сильна, чем обычно, она оказывает негативное воздействие на мышление и поведение ребенка. Интересно, что общая связь между ГКР и тревожными расстройствами в подростковом возрасте уменьшается или исчезает. Наличие тревожного расстройства у подростка с ГКР может подавлять импульсивное поведение, которое характеризует других молодых людей, страдающих ГКР.

Хотя гиперактивно-импульсивное поведение в этом возрасте ощутимо затихает, оно продолжает оставаться на уровне выше 95% по сравнению со здоровыми сверстниками. Заболевание продолжается в подростковом возрасте

по меньшей мере у 50% клинически зарегистрированных младших школьников. Детские симптомы гиперактивности-импульсивности (в большей степени, чем невнимательности) четко связаны с неблагоприятными исходами в подростковом возрасте.

Некоторые юноши или вырастают из своего заболевания, или научаются справляться с ним. Однако многие продолжают испытывать проблемы, приводящие к пожизненным паттернам страдания и разочарования. Взрослые с этим расстройством беспокойны и легко утомляемы, постоянно ищут новые впечатления и возбуждающие события. У них могут быть трудности на работе, нарушены социальные отношения, они страдают от депрессий, низкого самоуважения, злоупотребления психоактивными веществами и личностных расстройств.

Обобщая вышеизложенное, следует указать три главных признака ГКР:

1) гиперактивность;
2) невнимательность;
3) импульсивность.

Они являются сложными процессами. Гиперактивность является *специфичным маркером,* а невнимательность — нет. Дети с этим расстройством представляют собой уникальное «созвездие» симптомов, но не обязательно отличаются от других детей по всем типам и степеням невнимательности, гиперактивности и импульсивности.

Р95. Тикозные расстройства

По МКБ-10 «Тиком является непроизвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее в себя ограниченные мышечные группы) или голосовая продукция, которые начинаются внезапно и явно бесцельно. Тики имеют тенденцию переживаться как неодолимые, но обычно они могут быть подавлены на различные периоды времени. И двигательные, и вокальные тики могут быть классифицированы как простые или сложные, хотя границы разграничения плохо определены. Обычно простые двигательные тики включают в себя мигание, дергание щек, пожимание плечами и гримасничанье лица. Простые и вокальные тики включают в себя откашливание, лаянье, фырканье, шмыганье, шипение. Сложные моторные тики включают: поколачивание себя, подпрыгивание и скакание.

Наличие триады симптомов: распространенные широко размашистые тики, голосовые тики с выкрикиванием непристойных слов (копролалия) и хульные мысли составляют синдром Жиля де ля Туретта — достаточно редкое, хроническое расстройство органической, но мало изученной природы».

Дифференциальная диагностика: от других видов двигательных нарушений (в частности, от припадков, хореи, стереотипии) тики отличаются внезапностью; быстротой; преходящим и ограниченным характером движений; повторяемостью движений и их исчезновением во время сна; легкостью, с которой они добровольно могут быть вызваны или подавлены; отсутствием доказательств лежащего в основе патологии неврологического рас-

В отличие от обсессивно-компульсивных движений сложные тики определяются вовлеченностью мышечных групп, а не целью, как при навязчивостях.

Тики могут существовать как изолированный синдром, так и в сочетании с эмоциональными и когнитивными нарушениями.

На резидуально-органический характер тиков также указывают:

1) наличие астенического симптомокомплекса;

2) колебания в выраженности, зависящие не столько от психогенных факторов (как при невротических тиках), сколько от физических (нагрузки) и биологических (интеркуррентные заболевания);

3) неврологическая рассеянная симптоматика и параклинические исследования, подтверждающие резидуально-органическую природу тиков.

Тики имеют склонность к волнообразному течению, с возрастом они могут уменьшаться в своих проявлениях.

В основе их возникновения, вероятно, лежит недостаточная зрелость ядер срединного мозга.

F98.0 Неорганический энурез

В данном случае термин «неорганический» употребляется в значении отсутствия неврологической или соматической причины симптома.

По МКБ-10 неорганический энурез — «расстройство, характеризуемое непроизвольным упусканием мочи днем и/или ночью, что является несоответствующим умственному возрасту ребенка; оно не является следствием отсутствия контроля за функцией мочевого пузыря, обусловленного каким-либо неврологическим нарушением, эпилептическими припадками или структурной аномалией мочевого тракта».

На резидуально-органическую природу энуреза указывает отсутствие периода контроля за функцией мочевого пузыря, формирующегося в возрасте до 5 лет, либо до 4 лет умственного возраста, наличие нарушения сна в форме глубокого, без малейших возможностей внешнего пробуждения сна.

Энурез резидуально-органического генеза может сочетаться с вышеописанными синдромами, когнитивными нарушениями в форме неравномерности интеллектуального развития или задержки развития, эмоциональными расстройствами в виде страхов, импульсивности, нарушениями поведения.

Данная форма энуреза имеет тенденцию к ухудшению скорее в связи с биологическими и физическими факторами (нагрузка, интеркуррентные заболевания), нежели с психогенными.

Однако, как уже было указано выше, резидуально-органическая симптоматика, в частности, энурез, при наличии психогенных неблагоприятных факторов, может уже вторично стать симптомом невротического расстройства

F98.1 Неорганический энкопрез

По МКБ-10 — неорганический энкопрез — это «повторяющееся, произвольное или непроизвольное отхождение кала, обычно нормальной консис-

тенции, в местах, которые в данном социально-культурном окружении не предназначены для этой цели».

Энкопрез может быть моносимптомом или сочетаться с эмоциональными расстройствами и расстройствами поведения.

Возникновение энкопреза может быть обусловлено:

— отсутствием обучения туалету или отсутствием адекватного результата обучения при глубокой умственной отсталости ребенка различной этиологии (в том числе эндогенной);

— психологическими расстройствами, когда сформирован нормальный физиологический контроль над актом дефекации, но сопротивление, нежелание подчиняться социальным нормам приводят к испражнению в неподходящих местах;

— физиологической задержкой кала, которая может быть психогенно обусловленной (чрезмерный контроль родителей за опорожнением кишечника и наказание за неподчинение в период обучения навыкам опрятности) или являющейся результатом задержки кала из-за болезненности дефекации (трещина анального отверстия, кишечная инфекция и др.).

F98.5 Заикание

По МКБ-10 заикание — «речь, которая характеризуется частым повторением или пролонгацией звуков или слогов, или слов, или частыми остановками или нерешительностью в речи, что разрывает ее ритмическое течение».

По своему происхождению заикание может быть как резидуально-органического генеза, так и часто имеются указания на наличие расстройств речи у родителей или одного из них, а также психогенного (но при этом огромную патопластическую роль играют генетические и резидуально-органические факторы). В происхождении заикания значительное место принадлежит блокировке агрессивных тенденций у ребенка со стороны родителей в период становления у последнего речи (перебивания ребенка, невыслушивание и наказание за речевую активность и вообще за проявления самостоятельности). Неслучайно в лечении заикания успешными являются те методики, в которых учитывается значение как биологических (генетических, резидуально-органических), так и психогенных (особенности семейного контекста) факторов.

Нарушения психологического развития

Расстройства начинают выявляться в возрасте 3-5 лет и старше.

По МКБ-10 F80-89 — нарушения психологического развития имеют следующие признаки:

1) начало обязательно в младенческом или раннем детском возрасте;

2) повреждение или задержка в развитии функций, тесно связанных с биологическим созреванием центральной нервной системы;

3) постоянное течение, без ремиссий и рецидивов, характерных для многих психических расстройств.

В большинстве случаев пораженные функции включают речь, зрительно-пространственные навыки и/или двигательную координацию.

Характерной особенностью повреждений является тенденция к прогрессивному уменьшению по мере того, как дети становятся старше, хотя легкая недостаточность функции может сохраниться и во взрослом состоянии.

Как правило, эти нарушения чаще бывают у мальчиков, нежели у девочек (2:1).

В этиологии синдромов этой группы нарушений играют роль как генетические факторы, так и резидуально-органическое поражение головного мозга.

F80. Специфические расстройства речи

По МКБ-10 специфические расстройства речи — «те, при которых речевое развитие нарушено на ранних этапах. Состояние нельзя объяснить наличием неврологической или речевой патологии, умственной отсталостью, сенсорным повреждением или средовыми факторами. У ребенка сохранны функции общения и понимания в определенных известных ему ситуациях, а речевая способность повреждена всегда».

Задержка развития речи может считаться патологической при отставании на два стандартных отклонения. Нарушения развития речи встречаются у 3-10% детей до 8 лет.

Наличие сопутствующих синдромов резидуально-органического поражения головного мозга (как общих, так и частных, на эмоциональном, когнитивном или поведенческом уровнях) помогают в дифференциальном диагнозе с вариантами нормального развития.

Дифференциальный диагноз с задержкой психического развития и умственной отсталостью базируется на наличии соответствия между уровнем общего когнитивного функционирования и речевого развития. Также важно дифференцировать с различными степенями выраженности глухоты.

Среди специфических расстройств развития речи выделяют следующие.

F80.0 — специфическое расстройство артикуляции речи, при котором использование ребенком звуков речи ниже уровня, соответствующего его умственному развитию и при котором имеется нормальный уровень речевых навыков.

F80.1 — расстройство экспрессивной речи, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, хотя понимание речи находится в пределах нормы. При этом могут быть или отсутствовать расстройства артикуляции.

F80.2 — расстройства рецептивной речи, при котором понимание ребенком речи ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту. При этом как правило экспрессивная речь также заметно нарушена и нередко присутствует дефект словесно-звукового произношения.

Существуют и другие специфические расстройства развития речи.

F81 — специфические расстройства развития учебных навыков. Это расстройства, при которых нормальное приобретение навыков нарушено

с ранних стадий развития. Считается, что они возникают из-за нарушений в обработке когнитивной информации, что во многом происходит в результате биологической дисфункции.

Как и большинство других нарушений развития, эти расстройства чаще имеют место у мальчиков, нежели у девочек (1,5-2:1). Распространенность — у 2-8% детского населения школьного возраста.

Специфические расстройства развития школьных навыков (СРРШН) охватывают группы расстройств, проявляющихся специфической и значительной недостаточностью в обучении школьным навыкам. Эти нарушения в обучении не являются следствием других нарушений, таких как умственная отсталость, глухота, грубые неврологические дефекты, неоткорректированные дефекты зрения, эмоциональные расстройства, хотя и могут сопутствовать перечисленным расстройствам.

СРРШН часто сочетаются с другими синдромами резидуально-органического поражения головного мозга на эмоциональном, когнитивном или поведенческом уровнях (с гиперкинетическим расстройством, тиками и др.)

Хотя данные нарушения связаны с биологическим созреванием, это не означает, что они «дозреют» и дети «догонят» своих сверстников. Во многих случаях признаки расстройств могут быть обнаружены и во взрослом состоянии.

Проблеме СРРШН в нашей стране большое внимание уделял в своих исследованиях А. Н. Корнев (1995).

F84.0 Детский аутизм

«Общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет, и аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения, и ограниченного, повторяющегося поведения. У мальчиков встречается в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

Клиническая картина.Кж правило, отсутствует период нормального развития, хотя чаще особенности выявляются в возрасте 2-3 лет. Обращает на себя внимание факт, что ребенок, развивающийся по темпу психомоторного развития, особенно интеллектуального, в соответствии с возрастом, при развитии речи не использует ее для взаимодействия с другими людьми. У ребенка ослаблена или отсутствует реакция на эмоции окружающих людей, нет модуляции поведения в соответствии с изменениями социальной ситуации, поведение характеризуется отсутствием социально-эмоциональной взаимности.

Ребенок «сам по себе», имеющиеся речевые навыки не используются для коммуникации, лишь отдельные, не модулированные по тональности и выразительности речевые штампы произносятся для удовлетворения некоторых потребностей. При этом характерно употребление слов в неопределенной форме. Характерно отсутствие использования местоимения «я» — дети называют себя в 3-м лице, то есть так, как к ним обращаются окружающие.

В поведении отмечаются тенденции к поддержанию в разных сферах жизни одного и того же порядка: не переносят новую одежду, новую еду (в отношении которой они отличаются очень избирательным вкусом), новую

обстановку. Их игра отличается монотонностью и пристрастием к неприспособленным для игры предметам: однообразное кручение обрывка веревки, закрывание — открывание кранов и т. д. В ряде случаев отмечается необычная привязанность к каким-либо предметам. Очень своеобразные отношения у этих детей с матерями: они, с одной стороны, привязаны к ним, залезают на руки, обнимают, а с другой — могут никак не реагировать на их уход или возвращение. Отмечается необычная двигательная активность — кружения, подпрыгивания, верчение вокруг своей оси. Дети отличаются необычными пристрастиями и интересами — одни и те же маршруты поездок или прогулок, рассматривание и перечерчивание карт, расписаний, книг, не соответствующих возрасту, и т. д. Кроме того, у этих детей могут быть страхи, нарушения сна, приступы агрессии. Интеллектуальное развитие может быть от нормы до глубокого отставания в умственном развитии. Как правило, в деятельности детей с аутизмом мало спонтанности, творчества, фантазии, Характерна моторная неловкость, особенно мелкой моторики, такие дети поздно и с трудом осваивают навыки самообслуживания.

Характерные специфические проявления дефекта меняются по мере роста ребенка, но на всем протяжении жизни этот дефект сохраняется, проявляясь сходным комплексом проблем социализации, общения и интересов. Для установления диагноза необходимо проявление симптомов еще до 3 лет, но сам синдром может быть диагностирован в любом возрасте.

Следующий уровень реагирования по В. В. Ковалеву — аффективный (он характерен для детей 5~10 лет).

Выше уже упоминалось, что расстройства, характерные для предыдущих периодов развития, могут сочетаться между собой, в частности, с аффективными, эмоциональными и поведенческими.

Необходимо напомнить, что переживание страхов в возрасте 3-5 лет является отражением нормального хода развития личности ребенка. Поэтому переживаемые в более позднем возрасте страхи, которые в патологии носят характер навязчивых фобий, могут быть разделены на следующие группы:

а) страхи здоровых детей; эти переживания связаны с незавершившимся процессом созревания личности ребенка на эдипальной фазе развития;

б) невротические фобии, связанные с проблемами проживания ребенком эдипальной фазы в дисфункциональной семье;

в) страхи, являющиеся симптомами эндогенного заболевания (например, щизофрении);

г) страхи, являющиеся эквивалентами или формами эпилептических или эпилептиформных припадков;

д) страхи, которые являются результатом резидуально-органического поражения головного мозга.

Последние в МКБ-10 регистрируются в рубрике F93 — эмоциональные расстройства, специфические для детского возраста.

Содержание страхов может быть достаточно схожим при разных нозологических формах, и дифференциальный диагноз основывается дополнительно на наличии других симптомов основного заболевания, анализа отно-

шения ребенка к собственным переживаниям, соответствия их периоду личностного развития ребенка.

Для страхов резидуально-органического происхождения характерно переживание приступов витального страха смерти, сопровождающегося выраженными вегетативными симптомами (вплоть до развития диэнцефальных кризов) — похолоданием конечностей, «остановкой сердца», ознобом и дрожанием, тахикардией, учащением мочеиспускания, одышкой и др. Дети и подростки, переживающие страх смерти, не поддаются переубеждению, ажитированы. У подростков подобные страхи могут сопровождаться нарушениями схемы тела, деперсонализацией и дереализацией.

Можно повторить, что страхи могут сочетаться с другими синдромами резидуально-органического поражения. Если страхи сохраняются и в подростковом возрасте, они имеют тенденцию трансформироваться в нарушения эмоционально-идеаторного уровня — сенестопатически-ипохондрический синдром.

Следующий уровень реагирования по В. В. Ковалеву — эмоционально-идеаторный (11-17 лет).

Симптоматика резидуально-органических поражений в этом возрасте может быть обусловлена ранее имевшимися нарушениями в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах, либо быть оформленной в виде специфических для данного возраста синдромов.

Расстройства поведения и эмоций

По МКБ-10 расстройства поведения характеризуются стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения.

Поведение, на наличии которого основывается диагноз, это: драчливость и хулиганство, жестокость к людям или животным, поджоги, воровство, лживость, прогулы, уходы из дома, вспышки гнева, постоянное непослушание.

Для отнесения таких форм поведения к последствиям резидуально-органического поражения головного мозга необходимо, помимо анамнеза, обнаружение вышеописанных общих признаков резидуально-органического поражения головного мозга. Расстройства поведения — достаточно частое нарушение в детском и подростковом возрасте. Оно встречается у 9% мальчиков и 2% девочек до 18 лет.

В классификации В. В. Ковалева выделяются специфические для подросткового возраста эмоционально-идеаторпые нарушения, оформляющиеся в виде неврозоподобных синдромов — депрессивно-дистимического и сенестопатически-ипохондрического.

В МКБ-10 они отнесены к рубрикам:

F92 — смешанные расстройства поведения и эмоций;

F92.0 — депрессивное расстройство поведения;

F92.8 — другие смешанные расстройства поведения и эмоций.

Часть из них квалифицирована в рубриках расстройств настроения (F3).

Для эмоциональных расстройств резидуально-органического генеза характерным является депрессивно-дистимический синдром, то есть наличие в клинической картине переживаний не только сниженного настроения, потери активности, но и плаксивости, капризности, повышенной раздражительности. Этот синдром наблюдается у детей с 10-11 лет и у подростков, сопровождается повышенной тревожностью, особенно относительно собственного здоровья. Возможно наличие транзиторных психосенсорных расстройств. Помимо симптомов эмоционального расстройства, могут иметь место симптомы когнитивных и поведенческих расстройств, астенического синдрома, вегетативных нарушений — то есть общих признаков резидуально-органического поражения головного мозга.

Сенестопатически-ипохондрический синдром обычно бывает у подростков. При этом отмечается наличие переживания ярких чувственных сенесгопатий с разнообразными ипохондрическими опасениями и жалобами. Возможны психосенсорные расстройства. Часто имеют место стойкие и приступообразные гипоталамические (диэнцефальные) расстройства (вазовегетативные), которые и являются важным источником сенестопатий и ипохондрической фиксации внимания на состоянии здоровья.

Описанные В. В. Ковалевым истероформные расстройства в МКБ-10 отнесены к рубрике органическое диссоциативное расстройство.

Истероформные расстройства встречаются чаще у девочек-подростков в виде аффективно-моторных приступов или аффективно-вегетативных приступов. Они могут быть спровоцированы ситуацией либо возникают без внешнего повода. Обычно имеют место и общие признаки резидуально-органического поражения головного мозга, проявления других синдромов того же генеза. Аффективно-моторные приступы (припадки) имеют большое сходство с истерическими, сопровождаются выраженными вегетативными явлениями, но характеризуются большей монотонностью движений, однообразностью, более глубоким нарушением сознания. Они могут включать в себя эпилептиформный компонент, в ряде случаев они трансформируются в эгаприступы «диэнцефального» типа. Эти расстройства чаще бывают в отдаленном периоде после перенесения черепно-мозговых травм.

Астеническое состояние (астенический синдром, церебрастенический синдром по В. В, Ковалеву). По МКБ-10: «Расстройство, характеризующееся выраженной и постоянной эмоциональной несдержанностью или лабильностью, утомляемостью или разнообразными неприятными физическими ощущениями (головокружениями и др.), болями, предположительно возникающими вследствие органического расстройства».

Астенический синдром резидуально-органического генеза является одним из общих признаков этих расстройств и сопутствует с той или иной степенью выраженности любым другим синдромам того же генеза.

Основные его характеристики — раздражительная слабость, повышенная утомляемость, истощаемость психических процессов на всех уровнях — эмоциональном, когнитивном и поведенческом. Проявления истощаемости пси-

хических процессов — заметное и длительное снижение работоспособности, особенно при любой интеллектуальной нагрузке в школе; истощаемость когнитивных процессов выявляется в снижении уровня запоминания и удержания в памяти информации, временного забывания знакомых слов. Эмоциональная истощаемость проявляет себя в виде аффективных нарушений, в первую очередь, в повышенной раздражительности вплоть до взрывчатости, дистимических и дисфорических расстройствах настроенния. Поведенческая истощаемость выражается в невозможности длительной целенаправленной деятельности, недоведении начатого дела до завершения, быстрой переключаемости с одного занятия на другое без достижения результата предыдущей деятельности.

У пациентов снижена способность к долгосрочному планированию деятельности, в мотивации к таковой основную роль играют аффективно-обусловленные сюиминутные намерения.

В структуре синдрома могут присутствовать преходящие психосенсорные расстройства, нарушения схемы тела (чаще выявляются у детей с 10-11 лет, но могут быть и в более младшем возрасте), незначительные нарушения моторных функций и усвоения школьных навыков.

В значительном объеме в этом синдроме представлены симптомы вегетативных и вегето-сосудистых расстройств (метеозависимость, непереносимость жары и холода, поездок в транспорте, холодность и влажность конечностей, колебания АД, легко возникающие колебания массы тела, пониженный либо повышенный аппетит, спонтанные нарушения стула со сменой запоров профузными поносами).

При этом синдроме нередки головные боли, вестибулярные расстройства, гипоталамические нарушения. Практически всегда обнаруживается неврологическая рассеянная микросимптоматика, свидетельствующая о генезе расстройства и, как правило, имеющая подтверждение при параклинических обследованиях — признаки повышенного внутричерепного давления, небольшие нарушения ликвородинамики, изменения электрической активности мозга по резидуально-органическому типу.

Проявления астенического синдрома различаются в зависимости от возраста пациента: у детей дошкольного и младшего школьного возраста чаще имеет место астеногипердинамический его вариант, а у подростков — астеноадинамический.

Данный синдром с возрастом имеет тенденцию к регредиентному течению и редукции симптоматики, однако, с другой стороны, могут быть периоды декомпенсации, провоцируемые как возрастными кризами, так и интеркуррентными заболеваниями, а также психотравмирующими ситуациями.

Как правило, астеническому синдрому, имеющему в каждом возрастном периоде свои отличительные черты, сопутствуют и другие синдромы резидуально-органического генеза, соответствующие возрастному уровню реагирования.

В подростковом возрасте может быть диагностировано **органическое расстройство личности (F07.0 по МКБ-10).**

При этом расстройстве в наибольшей степени страдают выражение эмоций, потребностей и влечений.

Познавательная деятельность снижена в основном в сфере планирования и предвидения результатов для себя и общества.

Согласно МКБ-10, диагноз требует присутствия двух или более из следующих черт.

А. Значительно сниженная способность справляться с целенаправленной деятельностью, особенно требующей длительного времени и не быстро приводящей к успеху.

Б. Измененное эмоциональное поведение, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии, В некоторых случаях яркой чертой может быть апатия.

В. Выражения потребностей и влечений могут возникнуть без учета последствий или социальных условностей (больной может совершать антисоциальные акты — воровство, неадекватные сексуальные притязания, прожорливость, неряшливость и т. д.).

Г. Когнитивные нарушения в форме подозрительности, параноидных мыслей, чрезмерной озабоченности одной абстрактной темой.

Д. Выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, вязкость и гиперграфия.

Е. Измененное сексуальное поведение (гипосексуальность или изменение сексуального предпочтения).

Этот синдром может быть диагностирован чаще в позднем подростковом возрасте, когда завершается формирование личности.

F07.1 Постэнцефалитический синдром   резидуальные изменения, появляющиеся вслед за выздоровлением от вирусного или бактериального энцефалита.

Психические нарушения при этом неспецифичны, имеют тенденцию к обратимому течению. Помимо них, обычно имеют место неврологические симптомы в виде параличей, глухоты, афазии, апраксии, акалькулии. Степень выраженности деменции может быть различной, зависит и от возраста, в котором перенесен процесс, и от преморбидных особенностей личности.

А. Выявляются общие критерии F07:

1. Объективные данные (физического и неврологического обследования и лабораторных тестов) и (или) анамнестические сведения о церебральном заболевании, повреждении или дисфункции.

2. Отсутствие расстройства сознания или существенного нарушения памяти.

3. Отсутствие достаточных данных об альтернативной обусловленности личностных или поведенческих расстройств, которые оправдали бы отнесение их к секции F6.

Б. Резидуальные неврологические симптомы, проявляющиеся минимум одним из следующих: паралич; глухота; афазия; конструктивная апраксия; акалькулия.

В. Синдром обратим и его продолжительность редко превышает 24 месяца.

Примечание. Критерий В является главной отличительной чертой от органического расстройства личности (F07.0).

Резидуальная симптоматика и поведенческие изменения, развивающиеся после вирусного или бактериального энцефалита, являются неспецифическими и не дают достаточного основания для клинического диагноза. Они могут включать: общее недомогание, апатию или раздражительность; некоторое снижение когнитивного функционирования (трудности усвоения нового материала); расстройства ритма сна-бодрствования, изменение полового поведения.

F07.2 Посткоммоционный синдром. *Примечание.* Нозологическое положение этого синдрома неясно и критерий G1 во введении к этой рубрике не всегда может быть установлен. Тем не менее, для исследователей этого состояния рекомендуются следующие критерии:

А. Выявляются общие критерии F07.

Б. Анамнестические сведения о травме головы с потерей сознания перед развитием симптоматики в период до 4 недель (объективные подтверждения поражения мозга со стороны ЭЭГ, картирования мозга и окулонистагмографии могут отсутствовать).

В. Минимум три признака из числа следующих:

1) жалобы на неприятные ощущения и боли, такие как головная боль, головокружение (обычно без характеристик истинного вертиго), общее недомогание и повышенная утомляемость или непереносимость шума;

2) эмоциональные изменения, такие как раздражительность, эмоциональная лабильность (как легко провоцируемая, так и усиливаемая эмоциональным возбуждением или стрессом), некоторая степень депрессии и (или) тревоги;

3) субъективные жалобы на трудности сосредоточения внимания и при выполнении умственных нагрузок, а также на нарушение памяти (при отсутствии четких объективных данных, например, по психологическим тестам о выраженном нарушении);

4) бессонница;

5) снижение толерантности к алкоголю;

6) озабоченность вышеперечисленными симптомами и страх хронического поражения мозга до степени ипохондрических сверхценных идей и принятия роли больного.

Диэнцефальные синдромы по классификации В. В. Ковалева и нервно-психические расстройства при детских церебральных параличах рассматриваются в курсе невропатологии.

Синдромы психического и психофизического инфантилизма рассматриваются в разделе «задержки развития».

ЛЕЧЕНИЕ

Учитывая, что при резидуально-органических поражениях головного мозга имеют место нарушения развития мозга или его повреждения, терапия носит характер восстановительной, стимулирующей развитие мозга и ликвидиру-

ющей последствия его повреждения. Кроме того, ряд специфических синдромов требуют назначения соответствующей терапии. Терапия обычно длительная, приоритет в ней отдается препаратам ноотропного ряда, обязательно проводятся по показаниям курсы дегидратационной терапии.

Важную роль играет в реабилитации этих больных организация и спецификация в соответствии с возможностями пациента процесса его обучения, включение в программы реабилитации физиотерапевтических и водных процедур.

Однако на одном из первых мест следует отметить семейное консультирование и семейную психотерапию, так как семья для данной категории больных может быть основной реабилитационной средой либо, наоборот, декомпенсирующей. Из методов семейной психотерапии наиболее подходящей является модель когнитивно-поведенческой (которая может быть и индивидуальной), так как семья ребенка с резидуально-органическим поражением головного мозга нуждается в расширении диапазона понимания особенностей своего ребенка и соответственно расширения воспитательных подходов с учетом его особенностей на каждом этапе личностного развития.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение резидуально-органических поражений головного мозга у детей и подростков.
2. Какие существуют общие признаки резидуально-органических расстройств головного мозга?
3. Какая классификация этой группы расстройств предложена В. В. Ковалевым?
4. Какие синдромы резидуально-органического поражения головного мозга характерны для детей до 3 лет?
5. Каковы синдромы резидуально-органического генеза у детей от 3 до 11 лет?
6. Какими нарушениями проявляют себя резидуально-органические поражения головного мозга в подростковом возрасте?
7. Перечислите основные принципы лечения резидуально-органических поражений головного мозга.

Список рекомендуемой литературы

1. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. Изд.2-е, переработанное и дополненное. — М.: Медицина, 1995. — 560 с.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). — СПб.: «Аддис», 1994. - 300 с.
3. Психотерапия детей и подростков (пер. с нем.) / Под ред. X. Ремшмидта. - М.: Мир, 2000. - 656 с.



НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Неврозы возникают на пороге отчего дома.
З. Фрейд

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Невроз — психогенное (конфликтогенное) заболевание (расстройство в МКБ-10) личности вследствие неразрешенных / неразрешаемых внутри- и межличностных конфликтов и проявляющееся симптомами невротического регистра реагирования при отсутствии психотических симптомов [Карвасарский Б. Д., 1980, 1985; Эйдемиллер Э. Г., 2000].

До сих пор является спорным фактом — обладает ребенок личностью или только темпераментом и предпосылками личности, и вследствие этого насколько адекватно определение невроза, сформулированное Б. Д. Карвасарским и Э. Г. Эйдемиллером?

Мы придерживаемся точки зрения, что поскольку процесс формирования личности является динамическим и сложным и простирается с момента фантазий о собственном поле трехлетних детей, которые в будущем, минуя подростковый возраст с фантазиями о своем предназначении и своем поле, станут родителями, то приведенное определение невротических расстройств применимо к детям и подросткам.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Больные с невротическими и соматоформными расстройствами составляют от 3-5% до 10-20% населения. Точные данные о количестве больных отсутствуют в связи с тем, что это количество зависит от степени развитости рынка психотерапевтических услуг и доминирования определенных психотерапевтических идеологий.

Наиболее часто встречаются у детей, подростков и взрослых диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44), которые ранее диагностировались как истерический невроз.

По данным А. И. Захарова (1982), невроз является женской моделью психического расстройства, однако убедительного подтверждения эта точка зрения не получила, хотя женщины в 3 раза чаще мужчин заболевают невротическими и соматоформными расстройствами.

ЭТИОЛОГИЯ

Наибольшее распространение в настоящее время получили психодинамические и когнитивно-поведенческие теории личности и происхождения неврозов.

Согласно первым [Фрейд А., 1936; Мясищев В. Н., 1961; Захаров А. И., 1982; Фрейд 3., 1990; Эйдемиллер Э. Г., 1994], невротические расстройства являются следствием неразрешенного невротического конфликта как внутри-, так и межличностного. Конфликт потребностей создает эмоциональное напряжение, сопровождаемое тревогой. Потребности, которые длительно сцеплены друг с другом в конфликте, не имеют возможности быть удовлетворенными, но длительно персистируют во внутриличностном пространстве. Персистирование конфликтов требует большого количества энергии, которая вместо того, чтобы быть направленной на развитие личности /организма, тратится на энергетическое поддержание его. Именно поэтому универсальным симптомом при всех формах неврозов у детей, подростков и взрослых является астения.

Выдающийся вклад в понимание природы неврозов в рамках психодинамической парадигмы сделал В. Н. Мясищев (1961), который является крупной фигурой, предопределившей развитие «патогенетической психотерапии» (личностно-ориентированной, реконструктивной психотерапии Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Исуриной и В. А. Ташлыкова) и семейной психотерапии в СССР.

В современной психоневрологии заметное место заняла теория полифакторной этиологии невротических и соматоформных расстройств, в которой психологическому фактору отводится ведущая роль.

В наибольшей степени содержание психологического фактора раскрыто в патогенетической концепции неврозов и «психологии отношений», разработанных В. Н. Мясищевым, согласно которой психологическим ядром личности является индивидуально-целостная и организованная система субъективно-оценочных, активных, сознательных, избирательных отношений с окружающей средой. Сейчас распространено мнение, что отношения могут быть и неосознанными (бессознательными).

В. Н. Мясищев видел в неврозе глубокое личностное расстройство вследствие нарушений системы отношений личности. При этом «отношение» рассматривалось им как центральный системообразующий фактор среди многих психических свойств. «Источником невроза и физиологически, и психологически, — считал он, — являются трудности или нарушения во взаимоотношениях человека с другими людьми, с социальной действительностью и с задачами, которые перед ним ставятся этой действительностью» [Мясищев В. Н., 1960].

Какое место в истории занимает концепция «психологии отношений»? Эта концепция развивалась в условиях тоталитарного общества. В. Н. Мясищев, унаследовав научный методологический потенциал своих учителей — В. М. Бехтерева, А. Ф. Лазурского и своего коллеги М. Я. Басова, обратился к тому живому, что было в философии К. Маркса, — к тезису К. Маркса о том, что «сущность человека есть совокупность общественных отношений». По мнению Л. М. Вассермана и В. А. Журавля (1994), это обстоятельство помогло В. Н. Мясищеву возвратить в научный обиход теоретические построения А. Ф. Лазурского и известного российского философа С. Л. Франка об отношениях личности к себе и к окружающей среде.

Если понятие «отношение» для И. Ф. Гарбарта, Г. Гефтинга и В. Вундта подразумевало «связь», зависимость между частями внутри целого — «психики», то для В. М. Бехтерева понятие «отношение» («соотношение») означало не столько целостность, сколько активность, то есть способность психики не только отражать среду, но и преобразовывать ее.

Для А. Ф. Лазурского понятие «отношение» имело три значения:

1) на уровне эндопсихики — взаимная связь сущностных единиц психики;
2) на уровне экзопсихики — феномены, появляющиеся в результате взаимодействия психики и среды;
3) взаимодействие эндо- и экзопсихики.

М. Я. Басов — до последнего времени почти не известный широкому кругу психиатрической общественности ученик В. М. Бехтерева и коллега В. Н. Мясищева, — стремился создать «новую психологию» на основе того подхода, который позже получил название системного. Он считал «расчленение единого реального процесса жизни на две несоединимые половины — физическую и психическую — одной из самых удивительных и роковых иллюзий человечества». Отношения организма/личности и среды взаимны, причем среда представляет собой объективную реальность в ее отношении к организму/личности.

Схематически это может выглядеть так (рис. 19).

В своем учении В. Н. Мясищев не только интегрировал идеи В. М. Бехтерева, А. Ф. Лазурского и М. Я. Басова, но и выдвинул свои собственные. Он выделял уровни (стороны) отношений, которые формируются в онтогенезе:

1) к другим лицам в направлении от формирования отношения к ближнему (мать, отец) к формированию отношения к дальнему;
2) к миру предметов и явлений;
3) к себе.

O — возможности объекта в роли матери
С — возможности объекта в роли сына
O1 — новые возможности объекта в роли матери
С1 — новые возможности объекта в роли сына

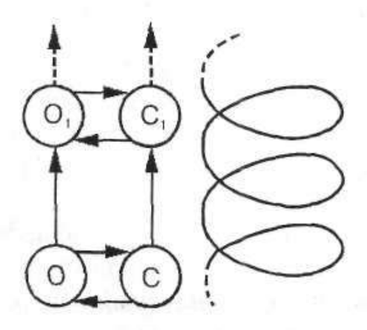


Рис. 19. Взаимоотношения организма и среды.

Отношение человека к самому себе, по Б. Г. Ананьеву (1968, 1980), является наиболее поздним образованием, но именно оно обеспечивает целостность системы отношений личности. Отношения личности, объединенные между собой через отношение к себе, образуют иерархическую систему, которая играет направляющую роль, определяя социальное функционирование человека.

В структуре отношений выделяют три компонента [Карвасарский Б. Д., 1980]: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. В норме человек на когнитивном уровне знает нечто об объекте, на эмоциональном — переживает соответствующую знанию эмоцию, на поведенческом — строит поведение/реакцию, соответствующие знанию и эмоции. В патологии компоненты отношений, как правило, не согласованы. Отсюда невротическое расстройство (в понимании школы В. Н. Мясищева) — психогенное заболевание, в котором определенная констелляция симптомов (синдром, или форма) обусловлена определенными типами психологического конфликта, нарушениями в системе отношений личности и несогласованностью компонентов этих отношений. Расстройство системы отношений, приводящее к неврозу, — это нарушение целостности системы отношений (их иерархической структуры); наличие противоречивых отношений, одинаково значимых для личности; нарушение связи между блоками отношений и качественное или количественное изменение таких характеристик отдельных отношений, как активность, избирательность, сознательность (что приводит к неадекватности отношений к объекту). Все это является источником невротических конфликтов и нервно-психического напряжения, которое до известной степени контролируется с помощью механизмов психологической защиты и канализируется с помощью формирования симптомов. Основное значение при невротической декомпенсации приобретает нарушение отношения к себе, проявляющееся в пониженной и противоречивой самооценке на всех этапах онтогенеза личности [Исурина Г. Л., 1984; Эйдемиллер Э. Г., 1994].

В патогенетической концепции неврозов предложена типология невротических конфликтов с учетом личностных механизмов их развития — концепции личностных профилей в форме личностных радикалов у детей и акцентуаций личности у подростков и взрослых [Гарбузов Б. И., 1977; Леонгард К., 1981; Эйдемиллер Э. Г., 1994].

В. Н. Мясищев предложил разделить невротические конфликты на три типа: истерический, неврастенический и обсессивно-психастенический. Истерический конфликт — это бессознательное неразрешимое противоречие между «хочу» (завышенный уровень претензий) и «могу» (недооценка своих возможностей и реальной ситуации). Неврастенический конфликт характеризуется, напротив, повышенными требованиями к себе, превышающими реальные возможности личности (конфликт между «должен» и «могу»). Обсессивно-психастенический — связан с невозможностью сделать выбор между актуализирующимися влечениями и нормативными установками (конфликт между «должен» и «хочу»).

В настоящее время при отмечаемом клиническом патоморфозе неврозов [Абабков В А., 1994] невротические конфликты в чистом виде не встречают-

ся, и исследователи говорят о многомерном невротическом конфликте [Карвасарский Б. Д., 1990].

Длительное персистирование неразрешенных/неразрешаемых невротических конфликтов приводит к нарастанию эмоционального напряжения, которое часто проявляется повышением уровня тревоги.

Формирование невротических симптомов способствует канализации избыточного эмоционального напряжения, вследствие чего у пациентов наступает относительное субъективное облегчение, получившие название в работах А. Адлера, А. Кемпинского, В. Н. Мясищева и Б. Д. Карвасарского первичной условной выгодности симптома.

Вторичная условная выгодность невротических симптомов связана с приобретением больным выгод в социальном функционировании — сочувствие и помощь близких, либерализация требований и др.

Исследование личностных параметров и заявляемых психологических проблем у врачей-психотерапевтов, медицинских и школьных психологов в процессе их функционирования в группах личностного роста на кафедре детской психиатрии и психотерапии СПб МАПО показало значительное сходство психологических проблем и личностных параметров с таковыми у больных неврозами [Александрова Н. В., Тарабанова В. А., Эйдемиллер Э. Г., 1999].

Различие было лишь в том, что самооценка у психотерапевтов была несколько выше, а психологические защиты и копинг-стратегии были более гибкими и дифференцированными, а отдельные невротичекие симптомы не складывались в клиническую картину невроза [Эйдемиллер Э. Г., 1994; 2003]. Сами испытуемые не идентифицировали себя больными.

На основании данного исследования нами выделены 3 вида условной выгодности невротических симптомов.

1. **Первичная.** В первые месяцы жизни ребенка формируется первичная реакция организма и сопровождающая ее первичная копинг-стратегия («вектор преимущественного реагирования» по Э. Г. Эйдемиллеру (2003). Эти реакции бывают либо нормально-физиологическими и нормально-психологическими, носящими обратимый характер и исчезающие по мере прекращения фрустрации, либо патологическими, имеющими тенденцию к хронизации.

2. **Вторичная.** Канализация избыточного эмоционального напряжения с помощью формирования невротических сипмтомов.

3. **Третичная.** Обретение выгод с помощью болезни в социально-психологическом функционировании личности.

Исходя из перечисленных положений, непременным условием восстановления нарушенных отношений при проведении «патогенетической» или личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является осознание внутренних противоречий и вербализация эмоционального компонента отношений, обучение клиента тестированию реальности, включая импульсы и ощущения в собственном теле, пониманию окружающей действительности и собственных целей.

Подытоживая сказанное, можно констатировать взаимосвязь и взаимное обусловливание внешней и внутренней (по отношению к личности) систем

отношений, благодаря которым и создаются импульсы, содержание и формы развития личности/организма.

Вслед за В. М. Бехтеревым В. Н. Мясищев уделял большое внимание изучению детства, формированию психики на разных этапах онтогенеза, влиянию и взаимодействию социума и микросоциума при формировании системы отношений личности в норме и патологии. В. Н. Мясищев первым в СССР и России обнаружил, что в происхождении неврозов ведущую роль играли супружеские и семейные конфликты (у 80% обследованных пациентов с неврозами).

Современные психоаналитики отмечают значительное сходство концепции В. Н. Мясищева с концепциями 3. Фрейда, А. Фрейд, 3. Фоукса. Но наиболее сильная сторона учения В. Н. Мясищева — это понимание личности как целостной биопсихосоциальной структуры, в которой социальный, психологический и биологический компоненты тесно взаимосвязаны, что обусловливает необходимость психотерапевтического воздействия на все три компонента.

В детском возрасте внутриличностные конфликты характеризуются нестойкостью и рудиментарностью, поэтому для формирования неврозов большее значение имеют межличностные конфликты в семье — дисфункция семейного контекста [Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 1999].

Подростки, воспитывающиеся в дисфункциональных семьях, могут иметь как внутри-, так и межличностные конфликты, из-за чего у одних формируются неврозы, а у других — нарко-, токсикомании, делинквентное поведение и др.

Роль органического фактора. В происхождении невротических и соматоформных расстройств у детей и подростков помимо психогенного фактора (роль этиологической причины) имеет значение органическое заболевание головного мозга разной этиологии (роль почвы — роль этиологического условия). Поэтому в клинической картине невротических расстройств у детей и подростков сосуществуют как невротические, так и неврозоподобные симптомы.

Роль преморбидного состояния. В качестве внутренних условий формирования неврозов (этиологические условия) выступают личностные радикалы у детей и акцентуации личности у подростков и взрослых [Гарбузов В.И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977; Эйдемиллер Э. Г., 1994].

Когнитивно-поведенческие теории личности и невротических расстройств. Согласно этим теориям, первичными детерминирующими причинами поведения человека являются когнитивные стили, сценарии и иррациональные/рациональные убеждения [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Карасева Е. А., 2001; Beck A., 1976; Ellis A., 1994].

В случае, если когнитивные программы детерминируют те формы поведения, которые неадекватны требованиям реальности, и достижение цели оказывается невозможным или отсроченным, то вторично возникают аффективные нарушения в виде тревоги, депрессии, страхов и фобий.

Биологические теории. Биологические теории невротических и соматоформных расстройств основаны на обнаружении биологических маркеров мозговых механизмов, коррелирующих с соответствующей симптоматикой.

Ценность их пока относительна, поскольку до сих пор неизвестно, отражают ли эти маркеры действие причинных факторов расстройства или его последствия, а также являются ли эти биологические изменения признаком гиперстимуляции нормальной в остальных отношениях нервной системы или специфического патологического процесса.

Следует иметь в виду, что лечение невротических и соматоформных расстройств только антидепрессантами, транквилизаторами и другими препаратами приводит к полной или частичной редукции симптоматики, но не приводит к выздоровлению или обретению качественной ремиссии.

КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИКА

У детей клиническая картина невротических расстройств характеризуется рудиментарностью, незавершенностью и соответствует параметрам возрастных периодов нервно-психического реагирования [Ковалев В. В., 1979].

Отечественные исследователи [Захаров А. И., 1982, 1988; Скобло Г. В., 1999] традиционно выделяют следующие формы неврозов.

1. Общие неврозы:

Истерический невроз.

Астенический невроз.

Невроз навязчивых состояний.

2. Системные неврозы.

К ним относятся логоневроз, тики, неорганический (невротический) энурез и энкопрез.

Данные формы неврозов расположены по частоте заболеваемости ими детского и подросткового населения России [Эйдемиллер Э. Г., 1994].

Нами исключены из классификации неврозы страха и ипохондрический, которые не являются самостоятельными формами, а представляют собой отдельные синдромы, встречающиеся при основных формах общих неврозов.

В МКБ-10 отмечены 7 классов расстройств в рубрике F4.

ОБЩИЕ НЕВРОЗЫ

Истерический невроз

В МКБ-10 такой диагноз отсутствует, но многие группы симптомов, традиционно относимые клиницистами к истерическому неврозу, отражены в рубрике F44 — диссоциативные (конверсионные) расстройства.

В этиологии диссоциативных (конверсионных) расстройств лежит невротический конфликт истерического типа по В. Н. Мясищеву, который представляет собой противоречие между завышенным уровнем претензий [Курганский Н. А., 1984], которые отличаются от притязаний своей нереалистичное-

тью, и отсутствием возможностей или способностей их достигать вследствие заниженной самооценки и неспособностью инвентаризировать способности собственного Я.

Кратко конфликт можно назвать конфликтом «хочу» и «могу». В психоанализе принята точка зрения, что истерический невроз является следствием нерешенных ребенком проблем своего развития на эдипальной фазе психосексуального развития.

У ребенка слабое диффузное Эго, в котором есть качества, усиленно стимулируемые родителями или близкими родственниками и признаваемые ими как подлинные, и есть качества, составляющие ресурсную часть личности — эмпатия, чувство ритма, нового, глубина аффектов, которые значимыми взрослыми не замечаются, не признаются и не получают подкрепления.

Личностные особенности детей с данной формой расстройств характеризуются незрелостью, инфантилизмом, демонстративностью и склонностью к гиперкомпенсаторному реагированию, фантазиям и амнезиям негативных аспектов своего бытия (личностный радикал у детей «демонстративность и гиперкомпенсаторное реагирование» и акцентуация личности у подростков «демонстративно-гиперкомпенсаторная») [Эйдемиллер Э. Г., 1994].

Такие дети вырастают чаще всего в условиях семейного воспитания по типу «потворствующей гиперппротекции», которое является формой неполного эмоционального принятия родителями ребенка таким, какой он есть [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2001].

Многие дети с диссоциативными (конверсионными) расстройствами обнаруживают конфликт личности между требованиями строгого и сильного Супер-Эго и неспособностью Эго канализировать и использовать импульсы Ид, соотносить их с требованиями среды, семьи, школы и установок Супер-Эго.

Формированию такого Супер-Эго способствует семейное воспитание по типу «повышенная моральная ответственность» или «доминирующая гиперпротекция» , которые также являются проявлением эмоционального отвержения детей их родителями.

Начальные проявления диссоциативных (конверсионных) расстройств появляются в раннем детстве в виде нарушений акта дыхания и глотания, недержания мочи и кала; речевой сферы — мутизма; моторной сферы — двигательной бури, аффект-респираторных судорог и др.

В дальнейшем происходит фиксация и развитие симптоматики.

Симптомы невроза имеют, согласно психоаналитической парадигме, символическое и метафорическое значение.

Согласно системным и аналитическим теориям семейного функционирования симтомы у детей могут быть одновременно и выражением протеста против сложившихся отношений в семье, и, в то же время, метафорическим посланием из мира семьи вовне о происходящей в ней дисфункции.

Пример. Ребенок с недержанием кала метафорически озвучивает проблему матери и отца, у которых на протяжении многих лет неудачи в сексуальных отношениях, неумение адекватно консолидировать свои желания и потребности. Кошки в этой семье обнаруживали стремление гадить по углам и не пользоваться тазиком, за что их усыпляли.

Диагностические критерии по МКБ-10 диссоциативных (конверсионных) расстройств F44 (цит. по МКБ-10). Расстройства рубрики F-4 расположены нами по частоте распространенности.

F44 Диссоциативные (конверсионные) расстройства

G1. Отсутствие физического расстройства, которое могло бы объяснить симптомы, характеризующие данное расстройство (но могут быть физические расстройства, которые дают развитие другим симптомам).

G2. Имеется убедительная связь во времени между появлением симптоматики расстройства и стрессовыми событиями, проблемами или потребностями.

F44.0 Диссоциативная амнезия

А. Должны быть общие критерии для диссоциативных расстройств (F44).

«Общим для данной категории расстройств являются транзиторные нарушения интеграции функций памяти, сознания, собственной идентичности и моторики, включающие утрату какой-то части этих функций» [Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997].

Б. Амнезия, как частичная, так и полная, на недавние события или проблемы, которые были или в настоящее время остаются травмирующими или стрессорными.

В. Амнезия слишком обширная и постоянная, чтобы ее можно было объяснить обычной забывчивостью (хотя ее глубина и распространенность может варьировать от одного обследования к другому) или намеренной симуляцией.

F44.1 Диссоциативная фуга

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Неожиданный, но организованный отъезд из дома или с места работы или уход от социальной активности, когда больной продолжает в основном нормально обслуживать себя.

В. Амнезия либо частичная, либо полная на эти поездки, которая соответствует также критерию В для диссоциативной амнезии(Р44.0).

F44.2 Диссоциативный ступор

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Резкое уменьшение или отсутствие произвольных движений и речи, а также нормального реагирования на свет, шум и прикосновения.

В. Поддерживание нормального мышечного тонуса, статической позы и дыхания (и часто ограниченные координированные движения глаз).

F44.3 Трансы и состояния овладения

А. Должны выявляться общие критерии диссоциативного расстройства (F44).

Б. Любое из двух:

1. Трансы. Имеются временные изменения сознания, представленные любыми двумя из следующих трех проявлений:

а) потеря обычного чувства личной идентичности;

б) сужение осознания непосредственного окружения или необычно узкая и избирательная концентрация на стимулы окружающей среды;

в) ограничение движений, поз и речи, и повторение их маленького набора.

2. Состояние овладения. Больной убежден, что в него вселился дух, сила, божество или другая личность.

В. Оба критерия должны быть нежелательными и мучительными и возникать независимо или являться продолжением сходных состояний в религиозных или приемлемых для данной культуры ситуациях.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Отсутствие в это время шизофрении или связанных с ней расстройств (F20—F29) или (аффективных) расстройств настроения (F30—F39) с галлюцинациями или бредом.

F44.4 Диссоциативные двигательные расстройства

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Любое из двух:

1. Полная или частичная утрата способности к произвольным движениям, которые в норме находятся под волевым контролем (включая речь).

2. Различные или различающиеся по степени нарушения координации или атаксия или неспособность стоять без посторонней помощи.

F44.5 Диссоциативные судороги

А. Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Внезапные и неожиданные спастические движения, напоминающие любые варианты эпилептических судорог, но без последующей потери сознания.

В. Симптомы в критерии Б не сопровождаются прикусом языка, серьезными ушибами или повреждениями вследствие падения или непроизвольным мочеиспусканием.

F44.6 Диссоциативная анестезия и потеря чувствительности

А Должны быть общие критерии диссоциативных расстройств (F44).

Б. Любое из двух:

1. Частичная или полная потеря некоторых или всех видов кожной чувствительности участка или всего тела (указать: прикосновения, укол булавкой, вибрация, холод-жар).

2. Частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния (указать).

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

F44.8 Другие диссоциативные (конверсионные) расстройства

Эта остаточная рубрика может быть использована для определения других диссоциативных и конверсионных состояний, которые подпадают под критерии А и Б для F44, но не соответствуют критериям для F44.0 — F44.8, перечисленным выше.

F44.80 *Синдром Ганзера*

(приблизительные ответы).

F44.81 *Расстройство множественной личности*

А. Существование двух или более различных личностей внутри индивида, но только одна присутствует в данное время.

Б. Каждая личность имеет собственную память, предпочтения и особенности поведения и временами (периодически) захватывает полный контроль над поведением индивида.

В. Имеется неспособность вспомнить важную для личности информацию, что по масштабам превосходит обычную забывчивость.

Г. Симптомы не обусловлены органическими психическими расстройствами (F00 —F09) (например, эпилепсией) или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (FO —F19) (например, интоксикацией или отменой).

F44.82 Преходящие диссоциативные (конверсионные) расстройства, возникающие в детстве или в подростковом возрасте

F44.88 По-другому определяемые диссоциативные (конверсионные) расстройства

Специфические исследовательские критерии всех видов расстройств, упомянутых выше, не даются, так как диссоциативные состояния редки и недостаточно описаны. Исследователи, подробно изучающие эти состояния, устанавливают собственные критерии, в соответствии с их исследованиями.

F44.9 Диссоциативное (конверсионное) расстройство, неуточиенное

Кроме того, симптоматика истерического невроза может быть отражена в других разделах рубрики F4, в частности, в F45 — соматоформные расстройства (см. дальше).

F48.0. Неврастения (астенический невроз)

Как самостоятельная форма общего невроза развивается у детей школьного возраста и подростков.

У детей дошкольного возраста в ответ на психотравмы возникают психогенные астенические реакции.

Формированию личностного радикала у детей «истощаемость и осторожность» и астенической акцентуации личности у подростков способствует семейное воспитание по типу перфекционизма с ограничением самостоятельности детей. Дети осторожны, боятся риска, конкуренции, ситуаций типа «экзамен», эмоциональных и интеллектуальных напряжений. Они стараются избегать ошибок, нежели достигать цели.

К внутренним условиям формирования астенического невротического расстройства относятся, помимо личностных особенностей, соматическая ослабленность и резидуально-органическая недостаточность головного мозга.

Невротический конфликт представлен противоречием между требованиями Супер-Эго — «Должен» и возможностями слабого Эго — «Могу».

Дети консервативны в своем поведении и паттернах эмоционального реагирования, послушание заставляет их игнорировать переживания собственного дискомфорта, расплачиваться истощаемостью и утомляемостью в попытках соответствовать сознательным и неосознаваемым требованиям родителей — «веди себя так, чтобы о тебе не говорили плохо».

Симптоматика представлена головными болями и болями в области сердца, страхами, тревожностью, нарушениями сна, ипохондрическими опасениями.

Диагностические критерии выделения неврастении.

А. Любое из двух:

1. Упорные и беспокоящие жалобы на чувство усталости после небольшой умственной нагрузки (например, после выполнения или попытки выполнения ежедневных задач, которые не требуют необычных психических усилий).

2. Упорные и беспокоящие жалобы на чувство усталости и физической слабости после легких физических нагрузок. Как минимум один из следующих симптомов:

а) чувство мышечной тупой или острой боли;
б) головокружение;
в) головная боль напряжения:
г) расстройства сна;
д) неспособность расслабиться;
е) раздражительность.

Б. Невозможность избавиться от симптомов 1 или 2 из критерия А посредством отдыха, расслабления или развлечения.

В. Продолжительность расстройства не менее 3 месяцев.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Расстройство не встречается при органическом эмоционально лабильном расстройстве (F06.6), постэнцефалитическом синдроме (F07.1), посткоммоционном синдроме (F07.2), расстройствах настроения (аффективных) (F30-F39), паническом расстройстве (F41.0) или генерализованном тревожном расстройстве (F41.1).

Невроз навязчивых состояний. Обсессивно-компульсивное расстройство F42

ті

Чаще развивается у детей школьного возраста.

Внешние условия, способствующие формированию этих расстройств: семейная дисфункция, проявляющаяся в воспитании детей. Чаще всего дети с неврозом навязчивых состояний вырастают в условиях «повышенной моральной ответственности», при которой главными ценностями в жизни являются гипертрофированное следование долгу и игнорирование собственных эмоциональных и телесных импульсов.

К внутренним условиям относятся — личностный радикал «тревожность и агрессивность» у детей и тревожно-мнительная акцентуация у подростков.

Суть невротического конфликта обсессивно-компульсивного типа по В. Н. Мясищеву заключается в противостоянии требований долга (Супер-Эго) требованиям желаний (Ид), конфликт между «должен» и «хочу».

Невроз навязчивых состояний проявляется в раннем и дошкольном возрасте в виде психогенных навязчивых реакций, которые клинически выступают в форме навязчивых фобий, движений и действий.

В школьном и подростковом возрасте невроз навязчивых состояний проявляется в виде 3 разновидностей:

— невроз навязчивых страхов (фобический невроз);
— невроз навязчивых действий (компульсивный невроз);
— невроз навязчивых мыслей (обсессивный невроз).

Под влиянием урбанистических воздействий цивилизации возник существенный патоморфоз классических проявлений невроза навязчивых состояний. В соответствии с возрастными периодами эти разновидности распределились следующим образом.

1. Невроз навязчивых действий (возраст 6-8 лет).
2. Невроз навязчивых страхов (возраст 5-7 лет).
3. Невроз навязчивых мыслей (подростковый период жизни).

В МКБ-10 диагностические критерии невроза навязчивых состояний изложены в рубрике F42 — обсессивно-компульсивные расстройства.

А. Как обсессии, так и компульсии (или обе вместе) представлены в большинстве дней как минимум в течение двухнедельного периода.

Б. Обсессии (мысли, идеи или образы) и компульсии (действия) включают следующие признаки, все из которых должны присутствовать.

1. Они воспринимаются больным как возникшие в его собственном разуме и не навязаны окружающими влияниями или лицами.
2. Они повторяются и неприятны; как минимум, одна обсессия или компульсия должна пониматься больным как чрезмерная или бессмысленная.
3. Субъект пытается противостоять им, но если они долго существуют, то сопротивление некоторым обсессиям или компульсиям может быть незначительным. Как минимум должна быть одна обсессия или компульсия, сопротивление которой оказалось безуспешным.
4. Осуществление компульсивных актов и обсессивные мысли сами по себе не вызывают приятных ощущений. (Эта особенность должна быть ограничена от временного облегчения тревоги и напряжения.)

В. Обсессии или компульсии вызывают дистресс или мешают социальной или индивидуальной деятельности больного, обычно за счет пустой траты времени.

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Обсессии или компульсии не являются результатом других психических расстройств, таких как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20 — F29) или (аффективных) расстройств настроения (F30 — F39).

Диагноз может быть уточнен по четвертому знаку:

F42.0 Преимущественно обсессивные мысли и умственная жвачка.

F42.1 Преимущественно компульсивные действия.

F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия.

F42.8 Другие обсессивно-компульсивные расстройства.

F42.9 Обсессивно-компульсивное расстройство, неуточненное.

Другие невротические расстройства изложены в других разделах рубрики F40.

F40-F48 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства

F40 Тревожно-фобические расстройства

F40.0 Агорафобия

А. Отчетливый и постоянно появляющийся страх, по меньшей мере, в двух из следующих ситуаций, или их избегание:

1) толпы;
2) публичных мест;
3) путешествия в одиночку;
4) передвижения вне дома.

Б. С начала заболевания хотя бы в одном случае должны быть представлены одновременно не менее чем два симптома тревоги в пугающих ситуациях, причем один из них должен относиться к пунктам 1—4 нижеследующего списка.

Вегетативные симптомы:

1) сильное или учащенное сердцебиение;
2) потливость;
3) дрожание или тремор;
4) сухость во рту (но не из-за лекарств или обезвоживания).

Симптомы, относящиеся к груди и животу:

5) затруднения дыхания;
6) чувство удушья;
7) дискомфорт или боли в грудной клетке;
8) тошнота или неприятное ощущение в животе (например, жжение в желудке).

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

9) чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
10) чувство, что предметы нереальны (дереализация), или что собственное Я отдалилось или «по настоящему находится не здесь» (деперсонализация);
11) страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
12) страх умереть.

Общие симптомы:

13) приливы или чувство озноба;
14) онемение или ощущение покалывания.

В. Значительный эмоциональный дистресс из-за стремления избегнуть ситуацию или симптомов тревоги, при этом больной осознает, что они чрезмерны или не обоснованы.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх или при мыслях о них.

Д. Наиболее часто употребимые критерии исключения. Страх или избегание ситуаций (критерий А) не определяется бредом, галлюцинациями или другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00-F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29), аффективные расстройства (F30 —F39) или обсессивно-компульсивные расстройства (F42), и не вытекают из культуральных верований.

Наличие или отсутствие панических расстройств (F41.0) в большинстве случаев агорафобии могут быть дополнительно определены с использованием пятого знака:

F40.00 без панического расстройства; F44.01 с паническим расстройством.

Варианты для оценки тяжести.

Тяжесть в F40.00 может оцениваться указанием на степень избегания пугающих ситуаций, принимая во внимание специфические культуральные условия. Тяжесть в F40.01 может оцениваться путем подсчета приступов паники.

F40.1 Социальные фобии

А. Должен присутствовать один из следующих признаков:

1) выраженный страх оказаться в центре внимания или страх повести себя так, что это вызовет смущение или унижение;

2) выраженное избегание пребывания в центре внимания или ситуаций, связанных со страхом повести себя так, что это вызовет смущение или унижение.

Эти страхи проявляются в социальных ситуациях, таких как прием пищи или общение в общественных местах, случайная встреча знакомых лиц на публике, пребывание в небольших группах (например, на вечеринках, собраниях, в классной комнате).

Б. В то или иное время после начала расстройства должны обнаруживаться минимум два симптома тревоги в пугающих ситуациях, как это определяется критерием Б в F40, а также один из следующих симптомов:

1) покраснение и «дрожь»;

2) страх рвоты;

3) позывы или страх мочеиспускания или дефекации.

В. Выраженное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или стремления избегнуть ситуаций и осознание, что беспокойство чрезмерное или необоснованное.

Г. Появление симптомов тревоги только или по преимуществу в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы, перечисленные в критериях А и Б, не обусловлены бредом, галлюцинациями или другими расстройствами, такими как органическое психическое расстройство (F00—F09), шизофрения и связанные с ней расстройства (F20—F29), (аффективные) расстройства настроения (F30—F39) или обсессивно-компульсивное расстройство (F42), и не являются вторичными по отношению к культуральным верованиям.

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

А. Любой из следующих признаков:

1) выраженный страх специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1);

2) выраженное избегание специфических предметов или ситуаций, не относящихся к агорафобии (F40.0) или социальной фобии (F40.1).

Среди наиболее обычных — страх животных, птиц, насекомых, высоты, грома, полета, маленьких замкнутых пространств, вида крови или ран, инъекций, стоматологов, больниц.

Б. Симптомы тревоги в пугающих ситуациях, как они определены критерием Б в Р40.0, должны проявляться в то или иное время с начала заболевания.

В. Значительное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избегнуть ситуаций и осознание, что они чрезмерны или необоснованны.

Г. Появление симптомов тревоги только в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них.

При желании специфические фобии могут быть подразделены следующим образом:

— фобии животных (например страх насекомых, собак);
— естественных природных сил (например, страх ураганов,воды);
— крови, инъекций, травм;
— ситуаций (например, страх лифтов, туннелей);
— другой тип фобий.

F40.8 Другие тревожно-фобические расстройства

F40.9 Фобическое тревожное расстройство, неуточненное

F41 Другие тревожные расстройства

F41.0 Панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревога)

А. Рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, а часто случающиеся спонтанно (эти эпизоды непредсказуемы). Панические атаки не связаны с заметным напряжением или с проявлением опасности или угрозы жизни.

Б Паническая атака характеризуется всеми следующими признаками:

1) это дискретный эпизод интенсивного страха или дискомфорта;

2) она начинается внезапно;

3) она достигает максимума в течение нескольких минут и длится по меньшей мере несколько минут;

4) должны присутствовать минимум 4 симптома из числа нижеперечисленных, причем один из них должен быть из перечня а—г.

Вегетативные симптомы:

а) усиленное или учащенное сердцебиение;

б) потливость;

в) дрожание или тремор;

г) сухость во рту (не обусловленная приемом препаратов или дегидратацией).

Симптомы, относящиеся к груди и животу:

д) затруднения в дыхании;

е) чувство удушья;

ж) боли или дискомфорт в груди;

з) тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке).

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

и) чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;

к) ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отдалилось или «находится не здесь» (деперсонализация);

л) страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;

м) страх умереть.

Общие симптомы:

н) приливы или чувство озноба;

о) онемение или ощущение покалывания.

В. Наиболее часто используемые критерии исключения. Приступы паники не обусловлены физическим расстройством, органическим психическим расстройством (FOO— F09) или другим психическим расстройством, таким как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20 —F29), (аффективные) расстройства настроения (F30 —F39) или соматоформные расстройства (F45).

Диапазон индивидуальных вариаций как по содержанию, так и по тяжести столь велик, что при желании по пятому знаку можно выделить две степени, умеренную и тяжелую:

F41.00 паническое расстройство умеренной степени, по меньшей мере 4 панических атаки в четырехнедельный период

F41.01 паническое расстройство тяжелой степени, по меньшей мере 4 панических атаки в неделю за четыре недели наблюдения

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Примечание. В детском и подростковом возрасте диапазон жалоб, которыми проявляется генерализованная тревога, часто является более ограниченным, чем в зрелом возрасте, и специфические вегетативные симптомы часто менее выражены. В этих случаях предпочтительнее использовать альтернативный набор критериев в F93.80 (генерализованное тревожное расстройство детского возраста).

А. Период по меньшей мере шесть месяцев с выраженной напряженностью, беспокойством и чувством предстоящих неприятностей в повседневных событиях и проблемах.

Б. Должны присутствовать по меньшей мере четыре симптома из следующего списка, причем один из них из перечня 1-4:

1) усиленное или учащенной сердцебиение;

2) потливость;

3) тремор или дрожь;

4) сухость во рту (но не от лекарств или дегидратации).

Симптомы, относящиеся к груди и животу:

5) затруднения в дыхании;

6) чувство удушья;

7) боль или дискомфорт в груди;

8) тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке).

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

9) чувство головокружения, неустойчивости или обморочности;

10) чувства, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отдалилось или «по настоящему находится не здесь»;

11) страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;

12) страх умереть.

Общие симптомы:

13) приливы или ознобы;

14) онемение или ощущение покалывания.

Симптомы напряжения:

15) мышечное напряжение или боли;

16) беспокойство и неспособность к релаксации;

17) чувство нервозности, «на взводе» или психического напряжения;

18) ощущение комка в горле или затруднения при глотании.

Другие неспецифические симптомы:

19) усиленное реагирование на небольшие сюрпризы или на испуг;

20) затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства;

21) постоянная раздражительность;

22) затруднение при засыпании из-за беспокойства.

В. Расстройство не отвечает критериям панического расстройства (F41.0), тревожно-фобических расстройств (F40), обсессивно-компульсивного расстройства (F42) или ипохондрического расстройства (F45.2).

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Тревожное расстройство не обусловлено физическим заболеванием, таким как гипертиреоидизм, органическим психическим расстройством (F00-F09) или расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ (F10-F19), таким как избыточное употребление амфетаминоподобных веществ или отмена бензодиазепинов.

F41.2 Смешанные тревожные и депрессивные расстройства

Существует так много возможных комбинаций, сравнительно мягких проявлений этих нарушений, что специфические критерии, иные, чем уже имеющиеся в диагностическом руководстве, для них не созданы. Предполагается, что исследователи, желающие изучать пациентов с этими расстройствами, должны использовать свои собственные критерии в пределах данного руководства в зависимости от планирования и целей их исследования.

F41.3 Другие смешанные тревожные расстройства

F41.8 Другие уточненные тревожные расстройства

F41.9 Тревожное расстройство, неуточненное

F43 Реакция на тяжелый стресс и расстройство адаптации

F43.0 Реакция на острый стресс

А. Воздействие исключительно медицинского или физического стрессора.

Б. Симптомы возникают немедленно вслед за подверженностью стрессору (в течение 1 часа).

В. Выделяются две группы симптомов; реакция на острый стресс бывает:

F43.00 легкая;

F43.01 умеренная (выполняется критерий 1 и имеются любые два симптома из критерия 2);

F43.02 тяжелая (выполняется критерий 1 и имеются любые 4 симптома из критерия 2 или имеется диссоциативный ступор (F44.2)).

1. Выполняются критерии Б, В и Г для генерализованного тревожного расстройства (F41.1).

2. а) уход от предстоящих социальных взаимодействий;

б) сужение внимания;

в) проявления дезориентации;

г) гнев или словесная агрессия;

д) отчаяние или безнадежность;

е) неадекватная или бесцельная гиперактивность;

ж) неконтролируемое и чрезмерное переживание горя (рассматриваемое в соответствии с местными культуральными стандартами).

Г. Если стрессор преходящий или может быть облегчен, симптомы должны начинать уменьшаться не более, чем через восемь часов. Если стрессор продолжает действовать, симптомы должны начать уменьшаться не более, чем через 48 часов.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Реакция должна развиваться в отсутствие любых других психических или поведенческих расстройств в МКБ-10 (за исключением F41.1 (генерализованные тревожные расстройства) и F60 (расстройства личности)) и не менее, чем через три месяца после завершения эпизода любого другого психического или поведенческого расстройства.

F43.1 Посттравматическое стрессорное расстройство

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать фактическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух:

1. Психогенная амнезия (F44.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленные любыми двумя из следующих:

а) затруднение засыпания или сохранения сна;

б) раздражительность или вспышки гнева;

в) затруднения концентрации внимания;

г) повышение уровня бодрствования;

д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены *отдельно).*

F43.2 Расстройство адаптации

А. Развитие симптомов должно происходить в течение одного месяца после подверженности идентифицируемому псхосоциальному стрессору, который не представляет собой необычный или катастрофический тип.

Б. Симптомы или нарушение поведения по типу, обнаруживаемому при других аффективных расстройствах (F30-F39)(За исключением бреда и галлюцинаций), любых расстройствах в F40-F48 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) и расстройствах поведения (F91), но при отсутствии критериев для этих конкретных расстройств. Симптомы могут быть вариабельными по форме и тяжести.

Преобладающие особенности симптомов могут быть определены с использованием пятого знака.

F43.20 Короткая депрессивная реакция

Преходящее легкое депрессивное состояние, длительностью не более одного месяца

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция

Легкое депрессивное состояние, возникшее в результате пролонгированного действия стрессорной ситуации, но длительностью не более двух лет.

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция

Симптомы и тревоги, и депрессии отчетливо выражены, но по уровню не выше, чем определено для смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41 2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3).

F43.23 С преобладанием расстройств других эмоций

Симптомы обычно нескольких эмоциональных типов, такие как тревога, депрессия, беспокойство,напряженность и гнев. Симптомы тревоги и депрессии могут отвечать критериям смешанного тревожно-депрессивного расстройства (F41.2) или других смешанных тревожных расстройств (F41.3), но они не так доминируют, как другие более специфические депрессивные или тревожные расстройства. Эта категория должна использоваться для реакций у детей, у которых присутствует регрессивное поведение, такое как энурез или сосание пальцев.

F43.24 С преобладанием нарушения поведения

Основное нарушение затрагивает поведение, например, у подростков реакция горя проявляется агрессивным или асоциальным поведением.

F43.25 Со смешанными расстройствами эмоций и поведения

Эмоциональные симптомы и нарушения поведения отчетливо выражены.

F43.28 С другими уточненными преобладающими симптомами

В. Симптомы не продолжаются более, чем шесть месяцев после прекращения действия стресса или его последствий, за исключением F43.21 (пролонгированная депрессивная реакция), но этот критерий не должен препятствовать предварительному диагнозу.

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс

F43.9 Реакция на тяжелый стресс, неуточненная

F45 Соматоформные расстройства

F45.0 Соматизированное расстройство

А. В прошлом, в течение, по крайней мере, двух лет жалобы на множественные и различные физические симптомы, которые не могут быть объяснены любыми выявляемыми физическими расстройствами (разные физические болезни, наличие которых известно, не могут объяснить тяжесть, обширность,

вариабельность и упорство физических жалоб или сопутствующей социальной несостоятельности). Если имеются некоторые симптомы, отчетливо обусловленные возбуждением вегетативной нервной системы, то они не являются главной особенностью расстройства и не особенно стойки или тяжелы для больного.

Б. Озабоченность этими симптомами вызывает постоянное беспокойство и вынуждает больного искать повторных консультаций (три или более) или различных исследований у врачей первичной помощи или у специалистов. При отсутствии медицинской помощи по финансовым или физическим причинам, наблюдается постоянное самолечение или множественные консультации у местных «целителей».

В. Упорные отказы принять медицинские заверения в том. что нет адекватной физической причины соматических симптомов. (Если больной на короткое время успокоится, то есть на несколько недель сразу после проведенных обследований, то это не исключает диагноза.)

Г. Шесть или более симптомов следующего списка, с симптомами, относящимися, по крайней мере, к двум отдельным группам.

Желудочно-кишечные симптомы:

1) боли в животе;

2) тошнота;

3) чувство распирания или переполненности газами;

4) плохой вкус во рту или обложенный язык;

5) рвота или отрыгивание пищи;

6) жалобы на частые движения кишечника (перистальтику) или на отхождение газов.

Сердечно-сосудистые симптомы:

7) одышка без нагрузки;

8) боли в груди.

Мочеполовые симптомы:

9) дизурия или жалобы на частое мочеиспускание;

10) неприятные ощущения в половых органах или около них;

11) жалобы на необычные или обильные выделения из влагалища.

Кожные и болевые симптомы:

12) жалобы на пятнистость или депигментацию кожи;

13) боли в конечностях или суставах;

14) неприятное онемение или чувство покалывания.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы не встречаются только во время шизофренических и связанных с шизофренией расстройствах (F20-F29), любых (аффективных) расстройствах настроения (F30-F39) или панического расстройства (F41.0).

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

А. Подпадает под критерий А, В и Д для соматизированных расстройств (F45.0), но за тем исключением, что длительность составляет по меньшей мере 6 месяцев.

Б. Не полностью соответствует одному или обоим критериям Б и Г для соматизированного расстройства (F45.0).

F45.2 Ипохондрическое расстройство

А. Любое из двух:

— упорное убеждение как минимум шестимесячной длительности в наличии не более чем двух серьезных физических болезней (из которых, по крайней мере, одна должна быть названа пациентом);

— постоянная охваченность предполагаемым уродством или деформацией (дисморфофобическое расстройство).

Б. Озабоченность убеждением в болезни и симптомами вызывает постоянные страдания или социальную дезадаптацию в повседневной жизни и заставляет пациента искать медицинского лечения или обследования (или эквивалентной помощи местных «целителей»),

В. Упорные отказы принять медицинские заверения в отсутствии физических причин соматических симптомов или физических аномалий. (Если больной на короткое время успокоится, то есть на несколько недель сразу после медицинского обследования, то это не исключает данного диагноза.)

Г. Наиболее часто используемые критерии исключения.Симптомы не развиваются только в течение шизофрении и связанных с ней расстройств (F20-F29, особенно F22) или любых расстройств настроения (F30-F39).

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

А. Симптомы вегетативного возбуждения, которые пациент приписывает физическому расстройству, в одной или более из следующих систем или органов:

1) сердце и сердечно-сосудистая система;
2) верхний желудочно-кишечный тракт (пищевод и желудок);
3) нижний отдел кишечника;
4) дыхательная система;
5) урогенитальная система.

Б. Два или более из следующих вегетативных симптомов:

1) сердцебиение;
2) потливость (холодный или горячий пот);
3) сухость во рту;
4) покраснение;
5) дискомфорт в эпигастрии или жжение.

В. Один или более из следующих симптомов:

1) боли в груди или дискомфорт в перикардиальной области;
2) одышка или гипервентиляция;
3) сильная утомляемость на легкую нагрузку;
4) отрыжка воздухом или кашель, или ощущение жжения в груди или эпигастрии;
5) частая перистальтика;
6) повышение частоты мочеиспусканий или дизурия;
7) чувство того, что обрюзг, раздулся, стал тяжелым.

Г. Отсутствие признаков расстройства структуры и функций органов или систем, которыми озабочен больной.

Д. Наиболее часто используемые критерии исключения. Симптомы возникают не только при наличии фобических расстройств (F40.0-F40.3) или панических расстройств (F41.0).

Пятый знак должен быть использован для классификации отдельных расстройств этой группы, определяя орган или систему, беспокоящие пациента как источник симптомов:

F45.30 Сердце и сердечно-сосудистая система

(включает: сердечный невроз, нейроциркуляторную астению, синдром д'Акоста)

F45.31 Верхние отделы желудочно-кишечного тракта

(включает: психогенную аэрофагию, покашливания, желудочный невроз)

F45.32 Нижний отдел желудочно-кишечного тракта

(включает: синдром психогенного беспокойства кишок, психогенный понос, метеоризм)

F45.33 Дыхательная система

(включает: гипервентиляцию)

F45.34 Мочеполовая система

(включает: психогенное повышение частоты мочеиспускания и дизурию)

F45.38 Другие органы или системы

F45.4 Состояние упорной соматоформной боли

А. Упорная (в большинстве дней не менее, чем шестимесячного периода), тяжелая и мучительная боль в разных частях тела, которая не может быть объяснена адекватно наличием физиологического процесса или физического расстройства, и на которой постоянно сфокусировано внимание пациента.

Б. Наиболее часто используемые критерии исключения. Это расстройство не встречается при наличии шизофрении или связанных с ней расстройств (F20-F29) или только в течение различных расстройств настроения (аффективных) (F30-F39), соматизированного расстройства (F45.0), недифференцированного соматоформного расстройства или ипохондрического расстройства (F45.2)

F 45.8 Другие соматоформные расстройства

При этих расстройствах имеющиеся жалобы не опосредуются через вегетативную нервную систему и ограничиваются только частями тела, например кожей. Это является отличием от соматизированного расстройства (F45.0) и недифференцированного соматоформного расстройства (F45.1), при которых имеются множественные и часто меняющиеся жалобы на источник симптомов и беспокойства. Тканевые повреждения отсутствуют.

Здесь следует кодировать любые другие расстройства ощущений, не обусловленные физическими расстройствами, которые тесно связаны по времени со стрессовыми событиями или проблемами или которые приводят к значительно повышенному вниманию к больному со стороны окружающих или медицинских служб.

F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

F48 Другие невротические расстройства

F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации

А. Любое из двух:

1. Деперсонализация. Пациент жалуется, что отдалился или находится «на самом деле не здесь». Например, больные могут жаловаться, что их чувства или ощущение внутренней жизни отделены, чужды им, не их собственные или потеряны, или ощущение, что их эмоции или движения принадлежат кому-то еще, или они чувствуют себя, как играющие на сцене.

2. Дереализация. Больной жалуется на чувство нереальности. Например, могут быть жалобы, что окружение или определенные объекты выглядят незнакомыми, измененными, плоскими, бесцветными, безжизненными, неинтересными или похожи на сцену.

Б. Сохранение понимания пациентом того, что эти изменения внутри него самого, а не навязаны извне другими людьми или силами.

Примечание. Этот диагноз не должен применяться как основной или единственный, когда синдром развивается в присутствии других психических расстройств, таких как органические состояния спутанности или бредовые состояния (F05, F06), алкогольная или наркотическая интоксикация (Flx.O), шизофрения или связанные с ней расстройства (F20 — F29), (аффективные) расстройства настроения (F30—F39), тревожные расстройства (F40, F41) или другие состояния (такие как при выраженная усталость, гипогликемия или состояние непосредственно до или после эпилептических припадков). Тем не менее, эти синдромы часто развиваются в течение многих других психических расстройств и соответственно редиагностируются в качестве вторичных или дополнительных рубрик к другому основному диагнозу. Значительно реже их возникновение в качестве изолированных синдромов.

F48.8 Другие уточненные невротические расстройства

Эта рубрика включает смешанные расстройства поведения, убеждений и эмоций, которые имеют неопределенное происхождение и нозологическое положение и которые развиваются с особенной частотой в некоторых культуральных условиях; примеры включают синдром чрезмерной озабоченности отупляющим действием семяизвержения, коро (тревога и страх, что половой член втянется в брюшную полость, что приведет к смерти). Тесная связь этих синдромов с принятыми в данной местности культуральными верованиями и типами поведения указывает, что их, вероятно, лучше рассматривать как небредовые.

F48.9 Невротическое расстройство, неуточненное

СИСТЕМНЫЕ НЕВРОЗЫ

В отечественной психиатрии под системными неврозами понимают такие, при которых в клинической картине преобладают симптомы функциональных нарушений одной или нескольких соматических систем — сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной и др.

К системным неврозам у детей относятся логоневроз, невротические тики, невротические энурез и энкопрез.

В МКБ-10 многие из этих расстройств изложены в рубрике поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (F95, F98.0, F98.1).

Тики невротические

F95.0 Транзиторное тикозное расстройство

Определение. Тик является непроизвольным, внезапным, быстрым, повторяемым, неритмичным, стереотипным движением или вокализацией.

Этиология. В развитии тиков играют роль как генетические, так и психогенные факторы. В семьях детей с тиками у родственников в нескольких поколениях отмечены тикозные нарушения и нарушения речи.

К психогенным факторам относятся дисфункциональные отношения в семье: оба родителя придерживаются принуждающих методов воспитания — один (чаще отец) придерживается воздействий, ограничивающих самостоятельность ребенка, другой — демонстрирует внешне покорность и пассивность, но внутренне не соглашается с супругом.

В основе транзиторного тика лежит подавленная агрессивность у ребенка. Замечена обратная зависимость между тиками и агрессивным поведением. Усиление последнего сопровождается редукцией тиков.

Появлению эпизодов тиков содействуют стрессовые ситуации, стимулирующие возбудимость у ребенка.

Эпидемиология. Тики встречаются у 5-25% детей школьного возраста. Преобладают мальчики над девочками в соотношении 3:1. Пик появления тиков приходится на возраст 7-11 лет [Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997].

Клиника. Транзиторные тики чаще являются двигательными в виде мигания или иного движения лицевых мышц, языка, нижней челюсти, мышц шеи. Более редкими являются тикозные движения верхних конечностей, еще более редкими — туловища и нижних конечностей.

Кроме этого, бывают дыхательные и вокальные тики.

Начинаются тики в возрасте 5-10 лет, но самые первые эпизоды появляются и в 2 года.

В большинстве случаев тики с годами проходят, появляясь лишь в стрессовых ситуациях.

Небольшой процент транзиторных тиков завершается переходом в другие тикозные расстройства.

Диагноз. Чтобы поставить диагноз транзиторных тиков, состояние должно соответствовать следующим признакам:

1) появление отдельных или множественных двигательных или вокализованных тиков в большую часть дней в продолжение не менее месяца;

2) длительность нарушений не свыше одного года;

3) отсутствие в анамнезе синдрома Жиля де ля Туретта и указаний на органическое заболевание головного мозга или медикаментозное воздействие;

4) начало в возрасте до 18 лет.

Дифференциальный диагноз проводится прежде всего с неврологическими нарушениями, неврозом навязчивых состояний, синдромом Жиля де ля Туретта, хореей.

F 95.1 Хроническое моторное или вокальное тикозное расстройство

А. Моторные или вокальные тики, но не те и другие, которые возникают много раз за день на протяжении большей части как минимум годичного периода.

Б. Отсутствие ремиссий на протяжении этого года длительностью более 2 месяцев.

В. В анамнезе нет синдрома Туретта и расстройство не является результатом соматического состояния или проявлением побочных эффектов лекарственной терапии.

Г. Начало в возрасте до 18 лет.

Невротический энурез (энурез неорганической природы F98.0)

Невротический энурез включен в класс расстройств **F98 — другие поведенческие и эмоциональные расстройства с началом в детском и подростковом возрасте.**

Определение. Под энурезом понимают утрату контроля над мочеиспусканием в ночное и дневное время.

Этиология. Контроль мочеиспускания зависит от уровня развития нервно-мышечного аппарата, регулирующего деятельность мочевого пузыря, эмоциональной и когнитивной сферы, стиля воспитания навыков опрятности, характера взаимоотношений в семьях.

Нарушения на любом уровне регуляции могут стать причиной энуреза. Значимость генетического фактора подтверждается тем, что 75% больных имеют наследственную отягощенность этим расстройством.

Неорганический энурез может быть следствием хронической психогении — развод родителей, их выраженный конфликт, рождение сиблинга, начало учебы в школе, отрыв от матери, эмоциональное отвержение ребенка, особенно усиливающееся при появлении энуреза.

Неорганический энурез может быть проявлением протестных реакций, с помощью которых ребенок либо сигнализирует окружающим о своем дискомфорте, либо бессознательно пытается переструктурировать отношения членов семьи, либо то и другое одновременно.

Согласно данным ЭЭГ ночное недержание мочи возникает при переходе от медленной фазы сна к быстрой, вследствие чего энурез рассматривается как своеобразный патологический компенсаторный механизм регуляции системы сон-бодрствование.

Одной из возможных причин возникновения энуреза является дефект установления правильного циркадного ритма выброса антидиуретического гормона вазопрессина, который в норме обеспечивает снижение диуреза в ночное время.

Эпидемиология. Распространенность составляет 7% у мальчиков и 3% у девочек в возрасте до 5 лет, 3% мальчиков и 2% девочек в возрасте до 10 лет и 1% мальчиков и 0,4% девочек в возрасте до 18 лет. Дневной энурез более характерен для девочек.

Клиника. Энурез делят на первичный и вторичный.

Первичный энурез встречается в 80% случаев, при нем контроль над мочеиспуксканием отсутствует с момента рождения.

Вторичный энурез возникает под воздействием психосоциальных стрессоров у детей 5-8 лет после периода удовлетворительного контроля над мочеиспусканием.

Недержание мочи обычно появляется через 0,5-3 часа после засыпания, но у некоторых детей это происходит в любое время ночи или непосредственно перед пробуждением.

Дневной энурез часто сочетается с ночным, либо выступает самостоятельно. Дети с дневным энурезом обладают инфантилизмом и истерическими чертами личности.

В преморбиде дети с энурезом имеют сниженную самооценку, черты тормозимости, демонстративности и истеричности, признаки вегетососудистой дистонии.

Энурез для ребенка является эго-дистонным симптомом.

При энурезе высока коморбидность с энкопрезом, задержками развития и нарушениями сна.

Диагноз. Диагноз неорганического энуреза устанавливается на основе критериев МКБ-10.

А. Хронологический и умственный возраст ребенка не менее 5 лет.

Б. Непроизвольное или преднамеренное испускание мочи в кровати или в одежде, которое происходит с частотой не реже 2 раз в месяц у детей в возрасте до 7 лет, и не реже 1 раза в месяц у детей в возрасте 7 лет или старше.

В. Энурез не является следствием эпилептических припадков или неврологического расстройства и не является прямым следствием анатомических аномалий мочевых путей или любого другого непсихиатрического состояния.

Г. Нет психического расстройства, которое отвечало бы другим категориям МКБ-10.

Д. Состояние должно отмечаться не менее 3 месяцев.

Возможная классификация по пятому знаку:

F98.00 только ночной энурез;

F98.01 только дневной энурез;

F98.02 ночной и дневной энурез.

Невротический энкопрез (неорганический энкопрез F98.1)

Определение. Неспособность контролировать выделение кала, вследствие чего обнаруживается непроизвольное или произвольное недержание кала в местах, неуместных для этой цели.

Этиология. Наиболее признана полиэтиологическая теория расстройства, согласно которой энкопрез является следствием задержки развития и влияния различных психосоциальных факторов.

Задержка формирования навыков опрятности, контроля за дефекацией связана с нарушением социализации ребенка — преждевременная стимуляция его умения пользоваться горшком, унижение и наказание ребенка при неудачах в дефекации (с точки зрения родителей), атмосфера подавления самостоятельности в проявлении своих желаний.

Семья имеет типичную конфигурацию: отстраненный от воспитания отец, имеющий низкий статус в семье, и авторитарная ригидная мать, подавляющая и наказывающая ребенка.

У больных чаще, чем у других лиц в популяции, представлены функциональные дискинезии желудочно-кишечного тракта, склонность к запорам.

Запоры, предшествовавшие формированию контроля за дефекацией, сопровождаются снижением чувствительности деятельности кишечника и отсутствием своевременного позыва к дефекации [Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997].

Эпидемиология. Распространенность заболевания составляет 1,5% в возрасте до 5 лет. В подростковом возрасте встречается редко

Соотношение мальчиков и девочек 4:1.

Клиника и диагноз. Диагноз энкопреза должен соответствовать критериям МКБ-10.

Диагноз энкопреза неорганической природы устанавливают благодаря присутствию критериев А, Б, В, Г, Д.

А. Ребенок периодически испражняется в местах, которые неуместны для этой цели (например, в гардеробе, на полу), непроизвольно или преднамеренно. (Расстройство может включать недержание кала вследствие переполнения кишечника, вторичного по отношению к функциональной задержке кала.)

Б. Хронологический и умственный возраст ребенка составляет минимум 4 года.

В. По меньшей мере один случай энкопреза в месяц.

Г. Продолжительность по меньшей мере 6 месяцев.

Д. Отсутствие органического расстройства, которое могло бы служить достаточным основанием для энкопреза.

При желании возможна дифференциация по пятому знаку F98.10 неспособность приобретения физиологического контроля за функцией кишечника.

F98.11 — адекватный контроль кишечника и дефекация в неадекватных местах с нормальной консистенцией кала.

F98.12 — загрязнение, связанное с жидкой консистенцией кала.

Логоневроз (невротическое заикание, F98.5)

Определение. Заикание невротическое — психогенное расстройство ритма, темпа, плавности речи, которое связано с судорогами мышц, осуществляющих акт речи.

Этиология. Хронические и острые психические травмы — конфликты в семье, эмоциональное отвержение ребенка и основанное на нем воспитание по типу доминирующей гиперпротекции.

Внутренним условием формирования логоневроза являются черты личности астенического и тормозимого типов, лабильность аффекта и склонность к возбудимости.

В семьях имеется наследственная отягощенность патологией речи.

В период времени, когда формируется анатомо-физиологический аппарат речи, предъявление родителями ребенку чрезмерных требований по усвоению информации, обучение языкам, игнорирование особенностей младенческой речи и образного мышления ребенка приводит к нарушениям речи в виде заикания.

Имеются данные о генетической обусловленности расстройства и о роли неврологических заболеваний в происхождении логоневроза.

Эпидемиология. Распространенность составляет 2-4% лиц детского возраста, преобладание мальчиков над девочками 4:1.

Клиника и диагноз. Начинается чаще всего в возрасте 2-4 лет. Расстройство развивается постепенно. Первые признаки — повторение начальных звуков в словах, первых или наиболее трудных слов в предложении в моменты эмоционального напряжения в ситуациях типа «экзамен».

Отмечаются тонические судороги дыхательно-звуковой мускулатуры с постепенным присоединением судорог в артикуляционно-мышечном аппарате [СкоблоГ. В., 1999].

Эпизоды заикания сменяются эпизодами речи без нарушений. Симптомы могут отсутствовать при пении, декламации или при взаимодействии с животными и неодушевленными предметами.

В школьном возрасте к имевшимся ранее симптомам присоединяется логофобия, вследствие чего происходит отказ от устных ответов на уроках.

В части случаев возникают спонтанные ремиссии, а в других — социальная дезадаптация из-за стигматизирующего отношения сверстников. Диагноз устанавливается на основе критериев МКБ-10.

F98.5. Заикание.

А. Заикание (речь, характеризукщдаяся частым повторением или пролонгацией звуков или слогов, или слов, или частыми колебаниями, или паузами), которое носит постоянный или периодический характер и по своей выраженности значительно нарушает течение речи.

Б. Продолжительность не менее 3 месяцев.

F98.6 Речь взахлеб

А. Речь взахлеб (то есть быстрая речь с резкими остановками в ее течении, но без повторений или колебаний), которая носит постоянный или периодический характер и по своей выраженности значительно нарушает вразумительность речи.

Б. Продолжительность не менее 3 месяцев.

F98.8 Другие уточненные поведенческие и эмоциональные расстройства с началом, обычно имеющим место в детском и подростковом возрасте

F98.9 Неуточненные поведенческие и эмоциональные расстройства с началом, обычно имеющим место в детском и подростковом возрасте

ЛЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ИЗ РУБРИК F4 И F9

Основные принципы терапии расстройств:

1. Стереоскопическая диагностика расстройств, использующая принципы позитивной и негативной диагностики по В. Н. Мясищеву.

2. Предпочтительный выбор психосоциальных воздействий перед медикаментозным лечением.

3. Дифференцированность и последовательность проведения реабилитационных программ.

4. Предпочтительность лечения в амбулаторных и полу стационарных условиях.

5. Командное обслуживание больных детей усилиями врача-психиатра, психотерапевта, клинического психолога, социального работника, педагога и среднего медицинского персонала.

Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства излечиваются с максимальной эффективностью в первую очередь благодаря психотерапии.

Часто назначение психотропных препаратов, антидепрессантов или транквилизаторов происходит «по показаниям персонала», который не знает психологических особенностей детей и подростков, не умеет воспринимать их игры и формы поведения вне терминов «правильно» и «неправильно» и, следовательно, не умеет адекватно общаться с ними.

Крайняя недостаточность врачей и медицинских сестер в психиатрических учреждениях, где лечатся дети, часто побуждает к неоправданным назначениям медикаментов.

Чрезвычайно опасно без особой необходимости назначать детям и подросткам транквилизаторы.

Наиболее оправдала себя в лечении неврозов система психосоциальных воздействий, включающая в себя: санирование среды обитания, коррекция условий обучения в школе, методы психотерапии.

Среди методов психотерапии в детской и подростковой практике как наиболее эффективные зарекомендовали себя семейная психотерапия, индивидуальная аналитическая, групповая и поведенческая психотерапия.

Классический гипноз, гипноз-отдых, методы релаксации, в частности, прогрессирующая мышечная релаксация по Э. Джекобсону, при одних видах расстройств используются в качестве основного метода лечения, при других — в качестве вспомогательного.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение невроза (невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств).

2. Какие основные положения характеризуют «психологию отношений» В. Н. Мясищева?

3. Какое определение невротического конфликта сформулировал В. Н. Мясищев?

4. Какие существуют формы невротических расстройств?

5. Каковы принципы лечения неврозов?

Список рекомендуемой литературы

1. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. Изд. 2-е, переработанное и дополненное. -- М.: Медицина, 1995. — 560 с.

2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). — СПб.: «Адис», 1994. - 300 с.

3. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. — ВОЗ, Женева. — 208 с.

4. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. - 1024 с.

5. Психотерапия детей и подростков (пер. с нем.) / Под ред. X. Ремшмидта. - М.: Мир, 2000. - 656 с.



РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИИ)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Расстройства личности (ранее использовался термин «психопатия») представляют собой комплекс глубоко и тотально укоренившихся ригидных личностных черт, обусловливающих специфическое восприятие и отношение к себе и окружающим, снижение или отсутствие социального приспособления. Возникают чаще в подростковом или даже детском возрасте, причем каждый тип расстройства имеет свой характерный возраст формирования. Наиболее полное определение личностных расстройств дал П. Б. Ганнушкин (1933). «Психопатии, — писал он. — это аномалии характера, которые определяют весь психический облик человека, накладывают свой властный отпечаток, в течение жизни не подвергаются каким-либо резким изменениям и мешают приспособиться к окружающей среде». Суть описанных им диагностических критериев позднее О. В Кербиков лаконично обозначил как тотальность, относительную стабильность патологических черт и их выраженность до степени, нарушающей социальную адаптацию.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Встречаются у 6-9% населения, соотношение у мужчин и женщин 1:1. Характерна неспецифическая предрасположенность к психическим расстройствам в анамнезе. В развитии некоторых расстройств личности играют роль генетические факторы [Дмитриева Т. Б., 1998].

КЛАССИФИКАЦИЯ

Типологии психопатий многочисленны. Согласно МКБ 10-го пересмотра, адаптированной для использования в России, психопатии («расстройства личности и поведения у взрослых» — F6) имеют много основных клинических вариантов.

F60.0 Параноидное расстройство личности
F60.1 Шизоидное расстройство личности
F60.2 Диссоциированное расстройство личности
F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности
F60.30 Импульсивный тип
F60.31 Пограничный тип
F60.4 Истерическое расстройство личности
F60.5 Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности
F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности
F60.7 Зависимое расстройство личности
F60.8 Другие специфические расстройства личности

F60.9 Расстройство личности неуточненное

В многоосевом подходе классификации DSM-III-R психопатии были отнесены к отдельной оси (ось 2). Разработчики преследовали 2 цели: во-первых, подчеркнуть отличие психопатий от заболеваний 1-й оси — клинически более ярких расстройств, во-вторых, специально обратить внимание на группу психопатий и тем самым повысить их выявляемость (см. главу 6).

Расстройства личности рассматривают в DSM-IV как часть многоосевого диагноза (ось 2) в комбинации с клиническими синдромами 1-й оси (например, панические расстройства у зависимой личности). Расстройства личности называют «расстройствами межчеловеческого общения» или расстройствами отношений с социально негибким и мало приспособленным поведением. Их относят часто к эго-синтонным расстройствам, то есть стабильно и тотально представленные черты личности, делающие ее дезадаптированной, не воспринимаются клиентом как чуждые и мешающие ему в социально-психологическом функционировании.

Несмотря на попытку разграничения в международной классификации типов расстройств личности, они в значительной степени налагаются друг на друга, и порой невозможно четко отграничить одно расстройство от другого, а также провести границу между патологией и нормой.

Практика детских и подростковых психиатров показывает, что особенности поведения почти никогда не укладываются в рамки одной психопатии, а это затрудняет и диагностику, и лечение. Более того, тип психопатии очень мало влияет на выбор лечения. Вот почему частым диагнозом у детско-подростковых психиатров является *«мозаичное расстройство личности»*. DSM-IV допускает указание на 2-й оси более одного типа расстройств личности.

Частым оказалось сочетание психопатий с болезнями, отмечаемыми на 1-й оси, в том числе с депрессией и наркоманией.

Общепринятой точкой зрения в настоящее время является отнесение расстройств личности к группе полиэтиологических заболеваний биопсихосоциальной природы. В возникновении данного расстройства многими учеными подчеркивается роль раннего хронического негативного опыта со значимыми взрослыми, которые затрудняли развитие параметров личности у детей — потребности в автономии, принадлежности, достижениях и самооценки.

Для правильной диагностики психических расстройств в подростковом возрасте особое значение приобретает изучение психопатий в связи с частотой психопатоподобного оформления практически любого психического заболевания. Основу психопатии составляют стойкие личностные нарушения, формирующиеся с детства. Обычно их становление заканчивается к концу пубертатного периода. В это время нередко еще отсутствует четкая клиническая структура психопатий, а патохарактерологические особенности представлены в виде подвижной мозаики [Ганнушкин П. Б., 1933].

Пубертатный криз привносит в эту картину свои, часто гротескно подчеркнутые, возрастные особенности психики, которые часто могут ошибочно

расцениваться как психопатии. Поэтому при установлении диагноза психопатии необходимо исключить все те состояния, которые только похожи на психопатию, но таковой не являются.

Считается, что при психопатиях ущербны эмоциональная и волевая сферы, в то время как интеллект не страдает. Однако понятие полноценности интеллекта здесь относительное. Наряду с возможностью интеллектуальной одаренности отмечается выраженная неравномерность интеллектуальной продуктивности, зависящей от аффективного состояния психопатической личности. В стрессовых ситуациях поступки могут поражать алогичностью и «аффективной логикой», в субъективно трудных условиях происходит снижение или искажение способности к прогнозированию последствий собственных действий и учету прошлого опыта.

В состоянии декомпенсации лица с психопатиями часто производят впечатление «глупых» — плохо воспринимают обращенную к ним речь, переспрашивают, задают вопросы не по теме, аффективные реакции не соответствуют ситуации.

При психопатиях гипертрофированно заостренными являются не отдельные характерологические черты, как это имеет место при акцентуациях личности, а весь психический склад, вся личность в целом. Этот обязательный для психопатий признак — тотальность личностных отклонений — обычно сочетается с их стойкостью и такой степенью выраженности, которая нарушает способность к адаптации. При совокупности этих 3 признаков правомерен диагноз психопатии (триада П. Б. Ганнушкина — О. В. Кербикова). Лица с расстройствами личности часто демонстрируют в ситуациях фрустрации патохарактеро логические реакции, которые представляют собой «психогенные личностные реакции, которые проявляются преимущественно в разнообразных отклонениях поведения ребенка или подростка, ведут к нарушениям социально-психологической адаптации и, как правило, сопровождаются невротическими (в частности, соматовегетативными) расстройствами» [Ковалев В. В., 1995]. Наряду с этим следует учитывать наличие: 1) определенной психопатической структуры личности (возбудимая, истерическая и т. д.); 2) преимущественно однотипного способа психопатического реагирования; 3) клинической динамики (реакции, декомпенсации, фазы, патологическое развитие); 4) аффективных колебаний (психогенные и спонтанные расстройства настроения).

ЭТИОЛОГИЯ И КЛИНИКА

В учении о психопатиях одним из самых сложных и пока не имеющих единого толкования является вопрос об их этиопатогенезе. В настоящее время наиболее доказанной и адекватной является позиция, согласно которой психопатии полиэтиологичны и относятся к группе психических и поведенческих расстройств биопсихосоциального происхождения. Это означает, что

в их возникновении участвуют несколько факторов, один из которых может иметь решающее значение.

В зависимости от этого О. В. Кербиков выделил 3 группы психопатий.

1-я группа — «ядерные», конституциональные психопатии; здесь главную этиологическую роль играют наследственность, конституция (то есть биологические факторы), однако немалое значение имеют и ситуационные факторы, в частности, семейная дисфункция.

2-я группа — «органические психопатии». Их биологической основой является рано приобретенная легкая органическая недостаточность, так называемая «минимальная мозговая дисфункция», приводящая к органической аномалии развития (но не к органическому дефекту). В этой группе роль внешних ситуационных факторов более отчетлива и тем значительнее, чем менее выражена органическая недостаточность. Органические психопатии часто являются мозаичными. В клинической картине облигатно присутствует наряду с другими астенический симптомокомплекс.

3-я группа — «краевая»; она находится «на краю шкалы возрастающего преимущественного влияния среды по сравнению с изначальной биологической неполноценностью» [Кербиков О. В., 1971]. Роль биологических факторов минимальна, и основное, хотя и не абсолютное, значение в формировании психопатий принадлежит психогенным и ситуационным факторам.

Ни одна из перечисленных форм психопатий не выявляется в «готовом» виде в раннем детстве, хотя именно с этого времени (особенно в группе ядерных психопатий) начинается их формирование. Процесс становления психопатий происходит в детском и подростковом возрасте, а иногда продолжается и в юношеском, искажая нормальное онтогенетическое развитие и созревание психики (психопатический дизонтогенез). До окончания пубертатного криза необходима большая осторожность в постановке диагноза психопатии, поскольку с этим сопряжены многие социальные последствия, в том числе и решение вопроса о годности к военной службе.

На первом этапе формирования психопатий клиническая картина соответствует истерическому, астеническому или неустойчивому типам, в основном — в виде форм реагирования. Иными словами, клиническая картина в это время не дифференцирована, фрагментарна и подвижна.

В дальнейшем, если наступает следующий (2-й) этап развертывания личностной патологии, происходит формирование психопатии. Если же отдельные характерологические особенности остаются на прежнем уровне, не обнаруживая тенденции к поступательной динамике, их следует расценивать не как психопатии, а как «акцентуации личности» [Леонгард К., 1981; Личко А. Е., 1983]. Отдельные аномальные черты при этом не складываются в определенную психопатическую структуру, не сопровождаются клинически очерченными динамическими сдвигами (декоменсация, фазовые состояния) и не нарушают способности к адаптации и коррекции поведения.

На 2-м этапе формирования психопатии ярко проявляется мозаичность клинической картины. В это время отмечаются не только лабильная взаимозаменяемость психопатических синдромов, но и многообразие утрированных возрастных особенностей психики (стремление к самоутверждению, эгоцентризм, инфантилизм, реакции оппозиции, имитации, отказа и т. д.), психоэндокринные проявления и нередко — признаки педагогической запущенности. В этот же период может возникать склонность к полиморфным сверхценным образованиям.

Постепенно один из психопатических синдромов приобретает доминирующее положение в клинической картине. Для установления типа формирующейся психопатии следует учитывать такие признаки, как особенности моторики, психическую активность, экстра- или интравертированность, подвижность или ригидность психики, организованность, склонность к тем или иным характерологическим или патохарактерологическим реакциям по В. В. Ковалеву (1995).

Динамические психопатические сдвиги в подростковом возрасте отличаются от тех, что наблюдаются при сложившейся психопатии. Так, патохарактерологические реакции прослеживаются на всех этапах формирования психопатии, всегда отражают ресурсы психики и вначале исчерпывают клиническую картину, а в дальнейшем приобретают клиническое выражение, соответствующее структуре психопатии. Декоменсация (психогенное утяжеление психопатических проявлений в сочетании с аффективными расстройствами) и фазы (депрессивные, гипоманиакальные, дисфорические) возникают только к концу 2-го этапа становления, когда структура психопатии уже сформирована. Следует отметить, что фазы в подростковом возрасте обычно не длительны, не развернуты и часто проявляются спонтанными расстройствами настроения (эпизоды, по П. Б. Ганнушкину).

3-й этап — это, по существу, завершение формирования психопатии и появление всех ее клинических характеристик.

Знание этапности формирования психопатий необходимо для установления точного диагноза и исключения состояний, лишь внешне сходных с психопатиями.

В рамках подросткового и юношеского возраста понятие декомпенсации может быть применено с известной долей условности, так как состояние декомпенсации предполагает уже сложившуюся структуру психопатии.

Психологическое и динамическое развитие у детей и подростков с расстройствами личности имеет свои особенности. Подросток с расстройством личности в целом обладает нормальным интеллектом, наибольшие отклонения наблюдаются в эмоционально-волевой сфере, что позволяет говорить об «остановке эмоционального развития», об инфантилизме.

В результате комплексных клинико-психотерапевтических наблюдений обнаружены данные, что уже в детстве у таких клиентов начинали формироваться дисфункциональные схемы восприятия себя, окружающего мира и будущего, подкрепляемые патологизирующим воспитанием родителей (см. глава 3).

Психологические факторы формирования расстройств личности

Психоаналитическая концепция декларирует, что каждого человека можно описать как имеющего определенный уровень развития личности (психотический, пограничный, невротический) и тип организации характера (истерический, параноидный, депрессивный и т. д.). Это будет означать, что данному человеку свойствен и определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декоменсацию в виде соответствующего расстройства.

Психоаналитическая концепция происхождения расстройств личности придает значение ранним фиксациям в развитии ребенка.

Как только крошечный младенец у груди матери начинает смутно осознавать наличие каких-то объектов вне себя, он реагирует. Первый объект — это грудь или бутылочка с молоком. На первом этапе неважно, кому принадлежит грудь и кто держит бутылочку с молоком, так как поступает вкусная и удовлетворяющая еда. На этом примитивном уровне ребенок реагирует на частичный объект независимо от его принадлежности.

На более поздней стадии развития нормальный младенец начинает понимать, что грудь или бутылочка с молоком принадлежат матери. Впоследствии он реагирует не только на грудь и бутылочку, но и на мать. На этом уровне его развития мать может быть фигурой или полностью положительной, или полностью отрицательной. Эта стадия носит название *доамбивалентной*.

Подростки с ранними и серьезными остановками в эмоциональном развитии оказываются на таком уровне взаимоотношений: они ладят только с теми людьми, которые их чем-либо обеспечивают, но игнорируют эмоциональные реакции, которые вызывают у клиентов раздражение и разочарование. Он способен видеть другого только как частичный объект (например, как лицо, удовлетворяющее его потребности, а не как личность в целом с присущими ей эмоциями и чертами характера). Сегодня он может принимать этого человека, оказавшего ему помощь, а завтра отвергнет его. Такие подростки не способны отложить удовлетворение своей потребности, у них каждый раз возникает фрустрация. Они чувствуют себя обманутыми, если им что-либо обещано, но позже. Люди бывают хорошими или плохими, друзьями или врагами. Именно так они воспринимают мир и видят свое окружение. Мать, на которую сердит клиент (она вызывает у него фрустрацию), — эта не та мать, которую он любит. Первая — это ведьма из мира зла. Поэтому подросток не может испытывать чувство вины по поводу несдерживаемой ярости по отношению к ней или к кому-либо другому.

Далее нормальный ребенок вступает в стадию, когда он способен к амбивалентному восприятию людей («Люди имеют хорошие и плохие стороны, и я их люблю, хотя иногда бываю на них сердит»; очевидно, что люди далеко не совершенны, и, к счастью, нет необходимости самому быть ангелом;

и вовсе не беда, что иногда возникают отрицательные эмоции и приходят в голову отвратительные мысли — тебя все равно могут ценить и любить). Только обладая способностью к амбивалентному поведению, ребенок или подросток может понять другого и идентифицироваться с ним. Подростки с расстройствами часто не достигают этой стадии. У них быстро возникает фрустрация, они также склонны к различным поведенческим проявлениям по типу внешнего отреагирования. Это могут быть агрессивные вспышки, алкоголизм, наркомания, промискуитет, кражи, акты вандализма, опасное вождение транспортных средств, а также различные проявления компульсивного поведения.

Приводимый ниже пример отражает клинику личностного расстройства мозаичной структуры. Здесь, как и при других расстройствах биопсихосоциального происхождения, налицо суммирование множества этиологических и патогенетических факторов.

Пример. Николай, 17 лет, направлен на консультацию к психотерапевту из ПНД с диагнозом: расстройство личности неуточненного характера.

Бабушка, 76 лет, художник, продолжает работать и в настоящее время, по характеру очень властная.

Мать, 40 лет, музыкальный работник, педагог, в момент обращения находится на больничном листе по поводу травмы. В 14 лет перенесла серозный менингит. Внешне удивительно похожа на свою мать.

Отец, художник, бывший режиссер ТВ, ныне безработный. По мнению тещи — «человек способный, но не состоявшийся как личность». Тетя и бабушка по линии отца страдали эпилепсией.

Брак родителей подростка заключен по любви. У молодых супругов были общие интересы и надежды, в первую очередь — закончить институт. В это время совместно проживали в маленькой квартире восемь человек: бабка Николая с мужем, сестра матери с мужем и ребенком, мать с отцом и Николаем.

Из анамнеза известно, что Николай родился в результате первой беременности, незапланированной. Во время беременности мать переболела гриппом. На 7-м и 8-м месяце — ложные схватки. По поводу пола ребенка ожидание было однозначным — мальчик. Мать во время беременности читала много литературы по воспитанию детей, по предложению отца прослушивала кассеты с записями только классической музыки. Роды срочные, без особенностей. В первый месяц ребенок плохо спал, со слов окружающих отличался «повышенной нервностью». Отец принимал активное участие в уходе за ребенком: купал, стирал пеленки. Возлагал большие надежды на будущее сына. Молока было очень много, но для ребенка мать установила очень строгий график кормления и, несмотря на то, что ребенок ночью сильно плакал, — ночью к нему не подходила и не кормила. Мотивировала тем, что он должен привыкнуть, «перевоспитаться и не требовать». Через месяц ребенок действительно больше не требовал ночного кормления и кормления вне графика. Со слов матери, «развивался хорошо».

К 4-м месяцам ребенок садился, а вероятнее всего, его сажали. Поднимал и хорошо держал головку. В 4 месяца поднялась высокая температура (выше 40°), был диагностирован сепсис с кожными проявлениями. При посеве обнаружены менингококки. Ребенок был помещен в реанимационное отделе-

ние Педиатрического института. Прогноз заболевания был неблагоприятен. Однако, несмотря на сопутствующую пневмонию, по настоянию матери из клиники был выписан.

Ребенок часто болел (ОРЗ, диатез). В массе тела прибавлял согласно нормам. Мать продолжала кормить строго по режиму, исключая ночные кормления. Подкорм ввела в 5 мес. Первый зуб прорезался в 9 мес, ходить начал в 11 мес. Уже тогда отличался нервностью, двигательной расторможенностью, но боялся шумных игр; много слушал музыку Баха. Первое слово, сказанное ребенком, — «крокодил». К двум годам появилась фразовая речь, однако звукопроизношение нарушено, речь невнятная, трудно понятная посторонним. В играх отдавал предпочтение тихим девочкам. Родителей настораживала отстраненность, закрытость мальчика. С одного года до трех лет сидел дома с отцом. Родителей удивляло упрямство ребенка, желание спрятаться, убежать. Мать отучила его от этого. С четырех лет посещал детский сад. Тяжело переживал разлуку с семьей. Воспитатели обращали внимание на особенности поведения ребенка, периодически возникали конфликты родителей с воспитателями. До 6 лет включительно ребенок страдал дневным и ночным недержанием мочи. В еде ограничивали всегда в связи с диатезом. В детском саду не ел, ходил со своей едой в термосе. В этот период умер дед, что привело к ухудшению отношений в подсистемах зять-теща и жена-муж. С 5 лет мальчик стал посещать детский сад с логопедическим уклоном. Воспитатели также отмечали неадекватное поведение ребенка. Читать начал в 4 года, родители считали его интеллектуально развитым ребенком.

При поступлении в школу Николай обследовался у психиатра и психолога, выявлена задержка психического развития, но каких-либо рекомендаций по воспитанию и школьному обучению родители не получили.

Перед началом школьных занятий, в возрасте 7 лет был укушен клещом. Развилась энцефалитическая реакция с судорогами, парезом, тремором рук. Находился в больнице в течение 1 месяца. В октябре мать, опасаясь, что ребенок будет переростком, отдала его в первый класс. Режим учебы «придумала» также мать.

Отличается повышенной рассеянностью, неустойчивостью внимания, нарушением грубой и тонкой моторики. Уставал от незначительных нагрузок, жалуется на постоянные головные боли, поэтому домашние задания выполнял с матерью рано утром. Во втором классе был переведен матерью в гимназию с немецким языком. Появились случаи энуреза на уроке. Жалобы учителей: отключается на уроке, не выполняет конкретных заданий, машинально разрисовывает парты, учебники. В третьем классе ребенок получил дополнительную нагрузку — музыкальную школу. Ограничения в еде продолжались в связи с периодически появлявшимся диатезом. За столом отец часто отчитывал Колю за несоответствие его представлениям о мужчинах, упрекал, что мальчик много ест и не то, что нужно.

В пятом классе появились проблемы, связанные с общением с одноклассниками, он старался избегать неформальных контактов. При том, что всегда говорил тихо, окончательно перешел на шепот в 12-13 лет. На уроках устных ответов избегает, в контакт с учителями вступает. В 8-м классе мать перевела его на индивидуальное обучение в связи с ухудшением самочувствия. Об учителях мать отзывается как о «халтурных педагогах». Ребенок получил консультацию в «Кризисной помощи», по рекомендации консультанта мать

перевела мальчика в 9-й класс другой школы на индивидуальное обучение (вечерне-сменная школа).

В возрасте 14 лет у подростка обнаружили хронический пиелонефрит. По настоянию матери и бабушки перешел на вегетарианскую диету, избегал белковой пищи и хлеба. Отец, желая перевоспитать и переубедить мальчика, прибегал к физическим наказаниям. Осенью в 10-м классе весил 42 кг. Все больше отказывается от еды, якобы придерживаясь рекомендаций «центра питания». Падает в обморок, поднимаясь по лестнице. Был доставлен в больницу «скорой помощи» с легким сотрясением мозга. Продолжает отказываться от еды. При росте 173 см масса тела 29 кг. В итоге находится на стационарном лечении в течение месяца, консультирован психиатром, получил парентеральное питание, антидепрессанты (эглонил), питался по предписанной диете, начал постепенно прибавлять в массе тела.

Диагноз: нервно-психическая анорексия на фоне органического поражения головного мозга. Психотерапевт предложил семейную психотерапию, но первый сеанс вылился в семейную ругань, что привело к срыву психотерапии (семейные отношения практически всегда выяснялись в присутствии подростка).

Мальчик страдает привычкой повторять слова, ощупывать себя и других, навязчивыми движениями. В 15 лет эти явления усилились. Летом подросток одевается вне соответствия с погодой, мотивируя тем, что не может иначе, что «неприлично ходить раздетым». Во время отказа от еды чувствовал себя легким («Я — дух, я не хочу взрослеть»). Увлекается чтением эзотерической литературы, утверждает, что важна духовная жизнь, и отказ от белковой пищи, «невесомость» — один из путей духовного очищения. Говорит, что был близок к таким знаниям, которые другим неподвластны («Я был в другом мире»). Время, проведенное в больнице, вспоминал как положительный момент в его жизни: он получал внимание родных, он играл для других больных на флейте и ощущал свою необходимость другим.

Живет в мире фантазий: до 14-15 лет сочинял сказки, в которых присутствует красота, утонченность, юноши выглядели как девушки. Сюжет разный, но персонажи — одни и те же. Эти сказки отличались украшательством, излишней детализацией, отрывом от действительности.

Юношу консультируют в подростковом консультативном центре Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. В контакт он вступает с затруднением, отвечает в основном на закрытые вопросы. Личность выглядит инфантильной, эмоционально переживающей. Речь шепотная (речь инфантильного ребенка). Выявлены трудности в выражении и распознавании эмоций (алекситимия). Только недавно у Николая началась ломка голоса. Не обнаруживает четкой дифференциации себя по полу. Раньше в фантазиях видел себя девочкой, теперь считает себя мальчиком. По клиническим признакам и данным анамнеза нервная анорексия носила эндогенный характер. В момент осмотра нарушений мышления и бредово-галлюцинаторной симптоматики выявлено не было. Суицидные мысли подросток отрицал.

Была предложена групповая психотерапия. На занятиях держится в тени, говорит тихо, если не контролирует себя. Движения плавные, мягкие, женственные. Руки — часто на коленях. Часто меняет положение рук и ног. При ответе на вопросы покрывался краской, дергая головой, пальцы — на вытяжку на коленях. Сбрасывал напряжение быстрым шевелением пальцев. На бессознательном уровне идентифицирует себя с девочкой (в игре «Мага-

зин подержанных игрушек» выбирает куклу): «Мальчики другие, грубые». На публике с трудом проявляет свои чувства.

Дома соблюдает правило «конфиденциальности», то есть не рассказывает родителям о содержании занятий, по рекомендации матери начинает вести дневник. Физическое состояние ухудшилось, почти не спит по ночам. Говорит, что в группе окончательно осознал свою несостоятельность: «Я хуже других, я — ничтожество, я теперь безнадежен».

К окончанию занятий после поддержки и положительного подкрепления психотерапевтов наблюдались повышение уверенности в себе, голос стал громче, речь — внятнее.

После занятий в психотерапевтической группе родителям была предложена семейная психотерапия. На первый сеанс вместе с женой и сыном с нежеланием пришел отец. Занятие воспринял как судилище, сообщил, что не знает, как воспитывать сына, сравнивал свой стиль воспитания со стилем воспитания своего отца. Считал, что мальчик ближе к матери, чем к нему. От семейной психотерапии категорически отказался.

На следующий сеанс пришла одна мать. Сообщает, что занятия мальчику очень понравились, и требует «обратные связи». При разборе объективной картины поведения, прогноза не желает воспринимать и слушать психотерапевта, часто переводит разговор на тему об отсутствующем муже («Мне психологи запретили разводиться ради ребенка»). Пытается устроить демонстративную истерику, с трудом выходит на «взрослый» уровень, мотивируя тем, что все вместе собрались для выработки дальнейшей тактики ведения ребенка. Выясняется, что настоящей главой семьи является бабушка, которая, несмотря на свои 76 лет, материально содержит дочь, зятя и внука.

В конце сеанса специалисту удалось перейти к конструктивным шагам по сглаживанию длительного внутрисемейного конфликта, который своей болезнью нередко погашал Николай.

Клинический разбор данного случая показал, что подростку необходима длительная индивидуальная (раскрывающая) психотерапия.

Дифференциальный диагноз представляет большие трудности в связи с большой коморбидностью психопатий с другими психическими и поведенческими расстройствами и полиморфизмом симптоматики. Чаще всего он проводится с психопатоподобными расстройствами при шизофрении, соматогенных и органических заболеваниях. Свойственные пубертатному периоду эндокринные, вегетативные и биохимические сдвиги способствуют выявлению скрытой до этого патологии, ускоряя развитие соответствующих нарушений.

F60 Специфические расстройства личности

Общие критерии диагностики (цит. по МКБ-10)

G1. Указание на то, что характерные и постоянные типы внутренних переживаний и поведения индивидуума в целом существенно отклоняются от культурно ожидаемого и принимаемого диапазона (или «нормы»). Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер:

1) когнитивная сфера (то есть характер восприятия и интерпретации предметов, людей и событий; формирование отношений и образов «Я» и «другие»);

2) эмоциональность (диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций);

3) контролирование влечений и удовлетворение потребностей;

4) отношения с другими людьми и манера решения интерперсональных ситуаций.

G2. Отклонение должно быть полным в том смысле, что отсутствие гибкости, недостаточная адаптивность или другие дисфункциональные особенности обнаруживаются в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций (то есть не ограничиваясь одним «пусковым механизмом» или ситуацией).

G3. В связи с поведением, отмеченным в пункте G2, отмечается личностных дистресс или неблагоприятное воздействие на социальное окружение.

G4. Должны быть данные о том, что отклонение является стабильным и длительным, начинаясь в старшем детском или подростковом возрасте.

G5. Отклонение не может быть объяснено как проявление или последствие других психических расстройств зрелого возраста, хотя эпизодические или хронические состояния из секций от F00-F70 до F70-F79 настоящей классификации могут существовать одновременно с ним или возникать на его фоне.

G6. В качестве возможной причины отклонения должны быть исключены органическое заболевание мозга, травма или дисфункция мозга (если выявляется такая органическая обусловленность, следует использовать рубрику F07).

Примечание. Оценка вышеперечисленных критериев G1-G6 должна основываться на как можно большем количестве источников информации. Хотя иногда и возможно получить достаточные данные из одной беседы с больным, в качестве общего правила рекомендуется проводить более чем одну беседу с больным и получать анамнестические данные от информантов или из предыдущей медицинской документации.

Предлагается разработать субкритерии для определения поведенческих типов, специфических для различных культуральных условий с учетом социальных норм, правил и обязанностей, если в этом имеется необходимость (например при диссоциальном личностном расстройстве могут потребоваться примеры безответственности и пренебрежения социальными нормами).

Диагноз личностного расстройства в исследовательской работе требует определения подтипа (можно кодировать более одного подтипа, если имеются убедительные данные о том, что отмечаются критерии нескольких подтипов).

F60.0 Параноидное расстройство личности

Эпидемиология: встречается у 0,5-2,5% населения.

А. Должны выполняться общие критерии личностного расстройства (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

1) повышенная чувствительность к препятствиям и отказы;

2) тенденция быть постоянно недовольным (кем-то), например отказ прощать за оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока;

3) подозрительность и общая тенденция к искажению нейтрального или дружеского отношения к себе других, которое принимается за враждебное и презрительное;

4) воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации;

5) периодически возникающие неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или сексуального партнера;

6) постоянные ссылки на самого себя, особенно в сочетании с завышенной самооценкой;

7) склонность объяснять события вокруг себя или вообще в мире исходя из «заговорщических» намерений, для чего нет достаточных оснований.

F60.1 Шизоидное расстройство личности

Эпидемиология: встречается у 7,5% населения.

А. Должны выполняться общие критерии личностного расстройства (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

1) мало что доставляет удовольствие или вообще ничего;

2) эмоциональная холодность, отчужденность или уплощенная эффективность;

3) ограниченная способность проявлять теплые или нежные чувства или гнев по отношению к другим людям;

4) внешняя индифферентность как к похвале, так и критике;

5) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст);

6) постоянное предпочтение уединенной деятельности;

7) повышенная озабоченность фантазиями или интроспекцией;

8) отсутствие близких друзей или доверительных связей (или отсутствие желания их иметь);

9) заметное игнорирование доминирующих социальных норм и условностей; игнорирование этих норм и условностей не является преднамеренным.

F60.2 Диссоциальное расстройство личности

Эпидемиология: встречается у 3% мужчин и 1% женщин.

А. Должны выполняться общие критерии личностного расстройства (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

1) бессердечное равнодушие к чувствам других людей;

2) выраженные и постоянные безответственность и пренебрежение к социальным нормам, правилам и обязанностям;

3) неспособность поддерживать продолжительные связи, хотя и без затруднений в установлении их;

4) очень низкая толерантность к фрустрации и низкий порог агрессивного поведения, включая насилие;

5) неспособность к переживанию вины и извлекать пользу из неблагоприятного опыта, особенно не идет впрок наказание;

6) выраженная склонность обвинять других или предлагать объяснения своему поведению, которые ставят индивидуума в конфликт с обществом.

Примечание. Завершают клиническую картину постоянная раздражительность и присутствие расстройств поведения в детском и подростковом возрасте, но они не требуются для установления диагноза.

Предполагается, что для определения поведенческих типов, специфических для различных культуральных условий, должны быть разработаны субкритерии, учитывающие социальные нормы, правила и обязанности там, где это необходимо (с примерами безответственности и игнорирования социальных норм).

F60.3 Эмоционально-лабильное расстройство личности

F60.30 Импульсивный тип

А. Должны выполняться общие критерии личностного расстройства (F60).

Б. Должны присутствовать минимум три признака из числа следующих, причем один из них должен быть 2:

1) выраженная тенденция действовать неожиданно и не принимая в расчет последствия;

2) выраженная тенденция к конфликтному поведению, особенно когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам или пенять на них;

3) склонность к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать «поведенческие взрывы», являющиеся результатом этих эмоций;

4) трудности в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения;

6) нестабильность и капризное настроение.

F60.31 Пограничный тип

Эпидемиология: встречается у 2% населения.

А. Должны выполняться общие критерии личностного расстройства (F60).

Б. Должны отмечаться минимум три из вышеперечисленных симптомов критерия Б для F60.30, и дополнительно два из следующих:

1) расстройство и неопределенность образа Я, целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные);

2) склонность вовлекаться в интенсивные и нестабильные взаимоотношения, которые часто приводят к эмоциональным кризисам;

3) чрезмерные усилия избегать уединения;

4) периодические угрозы и акты самоповреждения;

5) хроническое чувство пустоты.

F60.4 Истерическое расстройство личности

Эпидемиология: встречается у 2-5% населения, чаще у женщин.

А. Должны выполняться общие критерии личностного расстройства (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

1) самодраматизация, театральность и преувеличенное выражение эмоций;

2) внушаемость (легкая подверженность влиянию других людей или обстоятельств);

3) неглубокая и лабильная эмоциональность;

4) постоянное стремление к взволнованности и деятельности, при которой индивидуум находится в центре внимания;

5) неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении;

6) повышенная озабоченность физической привлекательностью.

Примечание. Завершают клиническую картину, хотя и не являются обязательными для диагноза, эгоцентричность, потворствующее отношение к себе, постоянное желание быть признанным, отсутствие заботы по отношению к другим людям, легкая обидчивость и постоянное манипулятивное поведение.

F60.5 Ананкастное расстройство личности

Чаще встречается у мужчин.

Примечание. Это расстройство часто называют обсессивно-компульсивным расстройством личности.

А. Должны выполняться общие критерии личностного расстройства (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

1) чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности;

2) озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками;

3) стремление к совершенству, мешающее завершать задачи;

4) чрезмерная добросовестность и скрупулезность;

5) неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;

6) чрезмерные педантичность и приверженность социальным условностям;

7) ригидность и упрямство;

8) необоснованные настойчивые требования индивидуума, чтобы окружающие поступали таким же образом как и он или необоснованное нежелание позволять другим выполнять что-либо.

F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности

Эпидемиология: встречается у 0,05-1% населения.

А. Должны выполняться общие критерии личностного расстройства (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

1) постоянное общее чувство напряженности и тяжелые предчувствия;

2) представления о собственной социальной неспособности, непривлекательности и приниженности по отношению к другим;

3) излишняя озабоченность быть критикуемым или отвергаемым в социальных ситуациях;

4) нежелание вступать во взаимоотношения с людьми, не будучи уверенным в своей привлекательности для них;

5) ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;

6) уклонение от социальной или трудовой деятельности, включающей нередкие межперсональные контакты, из-за страха критики, неодобрения или отвержения.

F60.7 Зависимое расстройство личности

Чаще бывает у женщин.

А. Должны выполняться общие критерии личностного расстройства (F60).

Б. Должны присутствовать минимум четыре признака из числа следующих:

1) активное или пассивное перекладывание на других ответственности в важнейших решениях своей жизни;

2) подчинение своих собственных потребностей другим людям, от которых индивидуум зависит, и излишняя податливость их желаниям;

3) нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости;

4) чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха оказаться неспособным позаботиться о себе;

5) страх остаться покинутым и предоставленным самому себе;

6) ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны окружающих.

F60.8 Другие уточненные расстройства личности

Используйте этот код, если не подходит ни одна из предшествующих рубрик, но состояние отвечает общим критериям личностного расстройства F60. Дополнительный знак может добавляться для определения специфических расстройств личности, не включенных в МКБ-10. При использовании кода F60.8 рекомендуется давать письменное описание специфического отклонения.

ЛЕЧЕНИЕ

Выбор метода лечения при расстройствах личности обусловлен низкой фрустрационной толерантностью индивидов. Вследствие этого предпочтение отдается методам когнитивно-поведенческой психотерапии, интегративным моделям психотерапии (гл. 27 и 31). В настоящее время аналитические методы психотерапии, групповая психотерапия считаются малоэффективными.

Применение психотропных препаратов при расстройствах личности направлено, в первую очередь, на коррекцию аффективных расстройств, а во вторую — на смягчение личностных черт, дезорганизующих структуру личности.

Следует помнить, что этиопатогенетического медикаментозного лечения расстройств личности в настоящее время не существует.

Контрольные вопросы

1. Каковы общие критерии диагностики расстройств личности по П. Б. Ганнушкину - О. В. Кербикову?
2. Какова этиология расстройств личности?
3. Какие группы расстройств личности предусмотрены в МКБ-10?
4. Каковы общие критерии диагностики расстройств личности по МКБ-10?
5. Какие методы психотерапии наиболее показаны при расстройствах личности?

Список рекомендуемой литературы

1. *Гиндикин В. Я., Гурьева В. А.* Личностная патология. — М.: Триада-Х.1999. - 266 стр.
2. *Гиндикин В. Я.* Лексикон малой психиатрии. — М.,1997. — 571 с.
3. *Гурьева В. А.* Психогенные расстройства у детей и подростков. — М.,1996. - 207 с.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб.: Адис, 1994.
5. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. — ВОЗ, Женева. — 208 с.
6. *Менделевич В. Д.* Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ТОО Тех лит; Медицина, 1997.
7. *Попов Ю. В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. — СПб.: Речь, 2000.
8. Психотерапия детей и подростков (пер. с нем.) / Под ред. X. Ремшмидта. - М.: Мир, 2000.



ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

КЛИНИКА ЗАВИСИМОСТЕЙ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ)

Определение понятий

Особое место в психопатологии и психиатрии занимает *наркология,* которая в ряде стран, в том числе и в России, выделилась как отдельная дисциплина в 60-70-х годах XX столетия. Наркология — это наука о медицинских последствиях злоупотребления веществами, вызывающими зависимость. В последние годы зависимость от этих веществ получила название химической. Термин *химическая зависимость* включает в себя все формы зависимости — алкоголизм, наркоманию и токсикоманию. Химическую зависимость могут вызвать различные субстанции: алкоголь, наркотики, ненаркотические лекарственные препараты и другие токсические вещества. Эти субстанции получили название *психоактивных веществ* (ПАВ).

Термин *«наркотическое вещество»* включает в себя три взаимосвязанных критерия: 1) медицинский; 2) социальный; 3) юридический. Медицинский состоит в том, что средство должно оказывать только специфическое действие на ЦНС (седативное, стимулирующее, галлюциногенное и т. д.), которое было бы причиной его немедицинского применения. Иначе говоря, способность вещества вызывать эйфорию — субъективно положительный эффект от действия употребленного вещества. Социальный критерий заключается в том, что немедицинское употребление средства приобретает масштабы социально значимого явления. Юридический критерий исходит из предыдущих и требует, чтобы соответствующая инстанция (в России — это правительство по представлению министра здравоохранения) признала данное средство наркотическим и включило его в перечень наркотических веществ.

Исходя из этого, *наркомании* можно определить как группу заболеваний, которые проявляются патологическим влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических веществ, развитием зависимости от них, а также выраженными медико-социальными последствиями. В отечественной наркологии традиционно принято различать наркомании и *токсикомании.* К наркомании относится пристрастие к веществам, которые, согласно списку Постоянного комитета по контролю наркотиков, утвержденному Минздравом РФ, отнесены к наркотическим средствам. Злоупотребление другими веществами, не отнесенными к наркотическим, обозначается как токсикомания. Таким образом, различия между наркоманиями и токсикоманиями носят юридический, а не медицинский характер. Принципиально, с медицинской точки зрения, *алкоголизм* может рассматриваться как токсикомания, поскольку алкоголь не внесен в список наркотических препаратов, но как химический агент вызывает зависимость. Вместе с тем, хронический алкоголизм по традиции рассматривается как отдельный и особый вид химической зависимости.

Эпидемиология химической зависимости

Данные о распространении химической зависимости поступают из разных источников и их получают с помощью разных методических подходов: 1) число состоящих на учете в наркологическом диспансере, а также впервые обратившихся за медицинской помощью (всегда много ниже, чем в действительности); 2) в правоохранительных органах ведется учет лиц, совершивших правонарушения, находясь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, либо связанных с оборотом наркотических веществ; 3) социологические опросы населения, позволяющие сделать экспертные оценки на основе репрезентативной выборки (эти показатели в последнее время приобретают все большее значение); 4) косвенным показателем распространенности алкоголизма является количество абсолютного алкоголя, приходящегося в год на душу населения; 5) заболеваемость алкогольными психозами также отражает распространенность алкоголизма.

Реальное число больных алкоголизмом среди населения примерно в 5 раз превышает число состоящих на учете в наркологических диспансерах, а реальное число больных наркоманиями превышает этот показатель в 10 раз. Это согласуется с экспертными заключениями, которые считают, что число лиц, обратившихся за медицинской помощью, соотносится с истинным числом больных наркоманиями как 1:10. Вместе с тем, ряд экспертов утверждает, что это соотношение еще больше — 1:30.

Всего к началу 2001 г. в России под диспансерным наблюдением в наркологических учреждениях находилось более 3 000 000 больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, включая группу так называемого профилактического учета, то есть лиц, злоупотребляющих ПАВ.

Более полно представлена информация по распространенности алкоголизма, по сравнению с наркоманиями. В мире 10% мужского населения и 3-5% женского злоупотребляют алкоголем. По данным ВОЗ (1997) в мире насчитывается 120 млн больных алкоголизмом. На одного алкоголика приходится 4-5 злоупотребляющих.

Согласно исследованиям, проведенным в 1995 г., в России регулярно употребляют алкоголь 70-80% мужчин в возрастной группе от 20 до 55 лет и 50-60% женщин в возрастной группе 20-50 лет. Из них до 10% во всех возрастных группах пьет алкоголь в количестве, эквивалентном 100 мл и более чистого спирта в день.

Потребление алкоголя на душу населения в год является одним из основных показателей алкогольной ситуации. В пересчете на 100% алкоголь за десять лет потребление алкоголя в России возросло с 5,8 л до 8,07 л абсолютного спирта на душу населения (включая новорожденных, инвалидов, беременных женщин и т. д.). Эта величина отражает только «потребление из государственных ресурсов». В то же время необходимо приплюсовать к этой цифре и количество неучтенного алкоголя.

Не менее значимыми являются показатели болезненности и заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами среди населения. В 2000

г, в наркодиспансерах было зарегистрировано около 2,2 млн больных алкоголизмом (1513,1 на 100 000 населения), что составляет 1,5% населения страны. Данный показатель уменьшился на 13% по сравнению с 1991 г. Это можно объяснить тем, что значительное число больных проходит лечение в частных наркологических центрах. Существенно сгладились и половые различия среди алкоголиков. Если в 80-х годах соотношение мужчин и женщин, больных алкоголизмом, составляло 9-10 : 1, то теперь оно составляет 5 : 1.

В 2000 г. число больных, впервые взятых на учет с диагнозом «алкогольный психоз», значительно увеличилось.

Последние социологические исследования показали, что употребление алкоголя достаточно широко распространено и в молодежной среде. С той или иной частотой потребляют алкогольные напитки, согласно личному признанию, около 82% людей в возрасте 12-22 лет. Средний возраст, в котором молодежь начинает потреблять алкоголь, составляет 14 лет. Пьют алкогольные напитки (включая пиво) ежедневно или через день 33,1% юношей и 20,1% девушек. Пиво — наиболее любимый молодежью напиток: его предпочитают $^3/_4$ подростков. Каждый третий подросток в возрасте 12 лет употребляет пиво, а в возрасте 13 лет — двое из каждых трех.

Данные официальной статистики свидетельствуют о росте злоупотребления алкоголем в подростковой среде. За период с 1991 по 2000 годы число впервые диагностированных подростков, больных алкоголизмом, выросло в 1,5 раза и составило 10,5 на 100 000 подростков. Число подростков, состоящих на учете у наркологов, также выросло в 1,5 раза.

О явно неблагополучной ситуации в отношении алкоголя свидетельствует и существенный рост алкогольных психозов среди подростков — в 8 раз — за последнее десятилетие XX века. Это прогностически неблагополучный показатель, так как алкогольный психоз у подростка — в принципе случай достаточно редкий [Личко А. Е., 1991]. Для его возникновения хронический алкоголизм должен длиться минимум 2-3 года.

За период с 1985 по 1995 гг. в России число зарегистрированных наркоманов возросло в 5 раз, а за период с 1991 по 2000 гг. — в 9 раз. Вплоть до 1999 г. количество регистрируемых с диагнозом «наркомания» ежегодно увеличивалось в полтора-два раза. Только в первой половине 1999 г. за медицинской помощью обратилось более 400 тыс. человек. Всего же в 2000 г. на учете состояло 269 000 человек или 185,8 на 100 тыс. населения. Таким образом, число наркоманов за последнее десятилетие XX века в России увеличилось почти в 9 раз. Соотношение мужчин и женщин находится в пределах 3 : 1.

Анализируя комплекс показателей, эксперты приходят к выводу, что на начало 1999 г. в России было более 2,5 млн наркоманов «со стажем». Это один из самых высоких показателей в Европе. Число потребителей наркотиков, принимающих их периодически и еще не имеющих наркотической зависимости, насчитывает 4,5 млн человек. Таким образом, на начало 2000 г.

в России было как минимум 7-7,5 млн наркоманов, то есть около 6% от 146 млн населения.

Среди подростков России, начиная с 1991 г., количество впервые взятых на учет с диагнозом «наркомания» увеличилось в 12,6 раза.

Результаты социологических исследований перекликаются с данными официальной статистики.

Различные данные дают социологические исследования и официальная статистика о характере предпочтения тех или других наркотиков. Согласно официальной статистике в настоящее время до 80-90% наркозависимых, состоящих на учете в наркодиспансерах, употребляют препараты опия, преимущественно героин. Данные социологических исследований показывают, что среди наиболее предпочитаемых наркотиков среди молодежи оказываются препараты конопли. Такие различия могут быть обусловлены большими медицинскими и социальными последствиями употребления опиатов: опийные наркоманы чаще попадают в поле зрения официальной медицины, по сравнению с потребителями конопли.

Существует еще одна проблема, которая напрямую связана с ростом наркопотребления и особенно инъекционного употребления ПАВ. Это проблема заражения СПИДом в среде наркозависимых. В настоящее время в России по данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбы со СПИДом преобладает инъекционный путь заражения вирусом — до 80% всех известных случаев. В мире наиболее распространенным путем заражения ВИЧ-инфекцией является половой — 70-80% случаев. Инъекционный путь вследствие употребления наркотиков находится на втором месте и составляет лишь 5-10%. Широкое распространение ВИЧ-инфекции среди наркоманов, в первую очередь, вызвано использованием общих игл и шприцев, а также кустарно изготовленных наркотиков с добавлением инфицированной крови («для осветления раствора»), с продажей зараженных растворов и т. д.

С другой стороны, при употреблении ПАВ происходит активизация и полового пути передачи парентеральных инфекций, прежде всего из-за потери контроля над сексуальным поведением. Кроме того, необходимость достать деньги для покупки наркотика толкает наркоманов на занятие проституцией. «Сексом за деньги» с той или иной частотой занимаются как юноши, так и девушки.

Таким образом, при оценке наркологической ситуации в России выявляются следующие тенденции:

1. Стремительный рост числа злоупотребляющих ПАВ.
2. Вовлечение в наркопотребление лиц молодого возраста.
3. Стирание половых различий среди наркопотребителей за счет роста числа женщин-наркоманок.
4. Увеличение потребления наиболее тяжелых наркотиков (героина).
5. Расширение спектра потребляемых наркотиков.
6. Появление большого числа носителей вируса СПИДа среди наркоманов.

Этиология и патогенез химической зависимости

В наркологии принято выделять три группы факторов, которые в той или иной степени влияют на возникновение химической зависимости. Это — социальные, психологические и медико-биологические факторы.

Социальные факторы, способствующие развитию зависимости, можно разделить на две группы — макросоциальные и микросоциальные. Первая группа — это общество, в котором живет человек, включая его историю, культуральные традиции, мораль и нравственные ценности, политические и экономические проблемы, отношение к детям, семье, уровень терпимости к употреблению ПАВ, мода и т. д. Вторая группа — это непосредственное окружение человека, прежде всего семья и люди, с которыми он общается, от которых зависит, друзья и коллеги по учебе и работе и т. д.

В прошлом считалось, что важнейшим макросоциальным фактором, способствующим распространению химической зависимости, является уровень жизни, контраст распределения доходов в обществе. Действительно, наиболее широко химическая зависимость распространена среди малообеспеченных слоев. Но оказалось, что и повышение благосостояния жизни общества также способствует алкоголизации и наркотизации: урбанизация привела к большей доступности алкоголя и наркотиков. «Стиль жизни», мода на употребление алкоголя и наркотиков оказывают влияние как на уровень потребления, так и на предпочтение определенного ПАВ. С другой стороны, макросоциальные факторы могут быть и причиной ограничения употребления алкоголя и наркотиков.

Национальные особенности употребления алкоголя и наркотиков также имеют важное значение. При северном типе алкоголизации (Россия, Скандинавия, Ирландия) предпочитают водку и пиво, а при южном типе алкоголизации (Италия, Франция, Испания) — вино. Недостаточность ряда ферментных систем у некоторых национальных групп может служить предпосылкой быстрого развития алкоголизма в случае начала его употребления (например, северные народы, американские индейцы и т. д.). С другой стороны, у некоторых народов использование наркотиков имеет давние традиции и не приводит к наркомании у значительной части населения (марихуана — у народов Средней Азии, кока — у индейцев Латинской Америки). Все это делает необходимым применение в наркологии культурно-обоснованного подхода, то есть учета национальных особенностей и предпочтений в алкоголизации и наркотизации.

Существенную роль играет распространение информации о ПАВ и химической зависимости, которую получают дети и подростки. Проведенные опросы выявили следующие источники информации: художественные и документальные фильмы, телепередачи, газетные и журнальные статьи, беседы со взрослыми (родителями, учителями, врачами), рассказы старших ребят и сверстников.

Массовая культура, как правило, способствует наркотизации. Например, движение хиппи способствовало массовому употреблению марихуаны и галлюциногенов среди молодежи.

Врачи могут оказывать как положительное (лечение больных с зависимостью, профилактика и ранняя диагностика зависимости), так и отрицательное влияние на наркотизацию (неправильная выписка лекарственных средств, которые могут вызвать зависимость).

В последнее время большинство исследователей склоняются к выводу, что именно микросоциальные факторы являются первостепенными в формировании химической зависимости. Ближайшее окружение часто оказывает наиболее сильное влияние на алкоголизацию и наркотизацию. Среди ближайшего окружения следует особенно выделять роль семьи. 50% детей до 10 лет и 90% до 15 лет впервые алкоголизировались под влиянием ближайших родственников, друзей, знакомых [Шабанов П. Д., 1999]. Родители-алкоголики или наркоманы — это всегда повышенный фактор риска злоупотребления алкоголем и наркотиками у детей.

Неполная семья, безотцовщина неоднократно упоминались многими авторами и за рубежом, и в нашей стране как обстоятельство, способствующее как делинквентности, так и злоупотреблению ПАВ. Однако немалая часть подростков, обнаруживших склонность и к тому, и к другому, выросли в полных, внешне вполне благополучных семьях. В то же время около 20-25% вполне социально адаптированных подростков, не склонных ни к делинквентности, ни к злоупотреблению ПАВ, воспитываются в нашей стране в неполных семьях [Личко А. Е., Битенский В. С, 1991]. Видимо, дело не просто в неполной семье, а в том, что в ней труднее осуществить адекватное воспитание. Роль патологизирующего воспитания в семье считается значимым фактором, способствующим развитию химической зависимости в будущем. Большое значение имеет выявляемая анамнестически ранняя фрустрация младенцев на доэдипальных фазах развития.

Помимо семьи, большое значение имеют друзья, соученики. Если их интересы никак не связаны с употреблением ПАВ, то это является достаточно мощным фактором противодействия аддиктивного поведения. Наоборот, если компания, ближайшие друзья вовлечены в употребление ПАВ, то вероятность последующей алкоголизации и/или наркотизации существенно возрастает. Приблизительно такое же влияние будут оказывать коллеги по работе, трудовой коллектив, куда попадает человек.

Психологические факторы риска возникновения зависимости — это совокупность мотивов, побуждающих к употреблению алкоголя и наркотиков. Они определяют индивидуальный процесс приобщения к ПАВ. К ним относятся трудности приспособления к окружающей среде, конфликт с окружением, неудовлетворенность, непонятость окружающими, утомление, робость, осознание своей неполноценности. Иными словами — фрустрация, состояние психического дискомфорта.

Часто молодые люди, употребляющие ПАВ, не могут объяснить причину своей зависимости. Они сводят все к непосредственным субъективным ощуще-

ниям, возникающим после приема ПАВ: изменению сознания, эйфории, релаксации. Были установлены три типа личностных мотиваций употребления ПАВ: 1) позитивная («для получения удовольствия»); 2) негативная («защита от тоски»); 3) нейтральная («для приспособления к окружающим», «по привычке»). Тем не менее, в условиях отечественных реалий основным мотивом приема ПАВ у подростков является именно утрированная конформность со стремлением любой ценой быть «своим» в референтной микрогруппе, то есть «нейтральная» мотивация приобретает первостепенное значение. Часто все три типа мотивации сочетаются у зависимых лиц.

Медико-биологические факторы в последнее время являются предметом пристального изучения ученых разных специальностей. Так, роль наследственной предрасположенности к химической зависимости в настоящее время не вызывает сомнений. Вероятность возникновения алкоголизма у детей алкоголиков по разным данным от 7 до 15 раз выше, чем в общей популяции. Вместе с тем одних наблюдений за этими фактами недостаточно, так как с равными основаниями ответственность за возникновение алкоголизма можно возложить и на средовой фактор — воспитание в атмосфере пьянства.

Окончательный ответ на вопрос о наследственной природе алкоголизма дали исследования, где прослеживалась судьба детей, родившихся от больных алкоголизмом, но усыновленных и воспитывавшихся в нормальных семьях, в одинаковых условиях с неродными братьями и сестрами. Оказалось, что у лиц из алкогольных семей риск развития алкоголизма значительно выше, чем у их неродных братьев. В других исследованиях изучали судьбу двух групп близнецов из алкогольных семей — однояйцевых и двуяйцевых. Оказалось, что если один из однояйцевых близнецов болен алкоголизмом, то другой имеет в 2-2,5 раза более высокий риск развития алкоголизма, чем бывает у двуяйцевых близнецов. Таким образом, влияние генетического фактора на возникновение алкоголизма можно считать доказанным.

В отношении генетики наркоманий таких убедительных данных, как в случае с алкоголизмом, не получено. Тем не менее, существуют наблюдения о наличии у больных наркоманиями наследственной отягощенности алкоголизмом и наркоманиями, особенно по мужской линии. В связи с этим сформировалось мнение, что у детей от больных алкоголизмом и наркоманиями родителей существенно повышен риск развития этих заболеваний [Иванец Н. Н., 1997]. В семьях наркоманов с зависимостью от разных веществ (опиаты, кокаин, каннабис, амфетамины, финциклидин) обнаружено больше сходства, чем различий.

Существуют и другие медицинские факторы риска при возникновении алкоголизма — наличие нервных и психических заболеваний, при которых имеются органическая неполноценность мозга (например, последствия черепно-мозговой травмы, эпилепсия) или расстройства личности (например, психопатии). Эти факторы влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки как в интеллектуальной сфере, так и эмоциональ-

ной. В результате такие пациенты будут искать средство, помогающее им справиться с такими нагрузками. И такими средствами зачастую становятся ПАВ.

И. П. Анохина (2001) пришла к выводу, что «не может существовать единственного маркера для диагностики предрасположенности к злоупотреблению ПАВ — это всегда комплекс маркеров, причем состав его может варьировать у различных субъектов». Она предложила следующие маркеры для диагностики индивидуальной предрасположенности к злоупотреблению ПАВ.

1. Наличие двух или более кровных родственников, страдающих алкоголизмом или наркоманиями.
2. Синдром минимальной мозговой дисфункции в детстве.
3. Эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям.
4. Трудный пубертатный период с преобладанием психического инфантилизма.
5. Дефицит внимания.
6. Раннее курение и злоупотребление алкоголем.
7. Чувство неудовлетворенности, постоянный поиск новизны.
8. Низкая амплитуда или отсутствие волны P300 в вызванном слуховом корковом электрическом потенциале (нейрофизиологический показатель).
9. Низкая концентрация в моче и крови дофамина, чему, как правило, сопутствует низкий уровень доксифенилаланина и высокое содержание диоксифенилуксусной кислоты.
10. Низкая активность ДА-бета-гидроксилазы — фермента, контролирующего синтез дофамина.
11. Повышенная частота встречаемости аллеля A1 гена DRD2 (A1/A2 > 1) и гетерозиготного генотипа 9/10 ДАТ (>35%).
12. Выявление участка семи тандемных повторов в гене DRD4.

Наличие более пяти из этих признаков (среди которых должно быть не менее 2-3 биологических) дает основание отнести обследуемого субъекта к группе высокого биологического риска в отношении алкогольной и наркотической зависимости.

Итак, существует большое количество факторов, способствующих возникновению химической зависимости. Их знание, помимо теоретического, имеет большое прикладное значение, Устранение или ослабление тех или иных факторов риска будет способствовать профилактике алкоголизма, наркоманий и токсикомании.

Классификация химической зависимости

Клинические формы наркоманий и токсикомании выделяют по психоактивному веществу, которым злоупотребляет больной. В современной классификации МКБ-10 (1994) отсутствует разница между наркомания-

ми и токсикоманиями. Более того, в классификации нет и самих терминов наркомания и токсикомания. Все варианты химической зависимости помещены в рубрике «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» (F1). Выделяют следующие подразделы.

F10 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя
F11 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов
F12 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиоидов
F13 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных и снотворных веществ
F14 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина
F15 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других стимуляторов, включая кофеин
F16 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов
F17 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака
F18 Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей
F19 Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ

Для уточнения клинического состояния могут использоваться 4-й и 5-й знаки кода: Fix.O — острая интоксикация; Flx.1 — употребление с вредными последствиями; Fix.2 — синдром зависимости; Flx.3 — состояние отмены; Fix.4 — состояние отмены с делирием; Fix.5 — психотическое расстройство; Fix.6 — амнестический синдром; Fix.7 — резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним (отставленным) дебютом и т. д.

Наркотическое опьянение в МКБ-10 соответствует рубрике острая интоксикация, психическая зависимость — синдрому зависимости, физическая зависимость с абстинентным синдромом укладывается в рубрику состояние отмены. Остальные рубрики используются для описания последствий хронической наркотизации.

В России учитывают классификационные построения МКБ-10, хотя в практической наркологии часто оперируют понятиями «наркомания» и «токсикомания», рассматривая различия между ними в большей степени с точки зрения существующего законодательства. Поэтому мы будем пользоваться как МКБ-10, так и традиционной отечественной классифи-

Общие закономерности химической зависимости (синдромология)

Клинические различия алкоголизма, наркоманий и токсикомании определяются особенностями ПАВ, которое вызвало злоупотребления. Вместе с тем у всех форм химической зависимости имеются общие синдромы. И.Н. Пятницкая (1994) выделила три синдрома, включенных в большой наркоманический синдром, наличие которого отличает зависимого человека от здорового: 1) синдром измененной реактивности организма к действию наркотика; 2) синдром психической зависимости; 3) синдром физической зависимости. Кроме того, существуют и другие синдромы, которые обязательно присутствуют в процессе развития наркомании.

Наркотическое опьянение, или синдром наркотического опьянения, — состояние, возникающее после приема ПАВ, включающее определенные психические и физические симптомы.

Из психических симптомов — это прежде всего эйфория («кайф» — на сленге наркоманов). Каждому ПАВ свойственна своя структура эйфории: алкоголь вызывает чувство эмоционально и физического комфорта, желание общаться, опиаты — соматическое наслаждение и ощущение полного блаженства; стимуляторы — интеллектуальное просветление и подъем; ЛСД и гашиш — расстройства восприятия в сочетании с особым состоянием сознания мистического, фантастического содержания и т. д.

Расстройства восприятия проявляются в трех формах: 1) обострение (стимуляторы); 2) избирательность (опиаты); 3) снижение восприятия (седативные препараты). Кроме того, возникают качественные нарушения восприятия: психосенсорные и иллюзорно-галлюцинаторные расстройства. Нарушение сенсорного синтеза проявляется дереализацией. Происходит нарушение интерорецепции — возникает чувство тепла, легкости или тяжести, нарушение восприятия схемы тела.

Расстройства мышления встречаются как количественные (замедление или ускорение), так и качественные. Общая черта — кататимность, смещение пропорции интеллектуального и эмоционального. Страдает концентрация и качество мышления. Может происходить выход мышления за рамки реальности, возникают сверхценные и бредовые идеи.

Каждое ПАВ вызывает нарушения сознания разного типа и глубины от сужения до различной степени помрачения.

Соматоневрологически отмечается в основном вегетативная симптоматика. Картина зависит от наркотика и дозы. Чаще отмечают расширение зрачка, хотя при приеме опиатов и некоторых галлюциногенов — сужение. Большинство наркотиков вызывают гипертермию и гиперемию, тахикардию, подъем АД, учащение дыхания. Все наркотики на первых порах снижают аппетит и повышают либидо. После выхода из опьянения отмечается жажда и иногда голод (особенно после приема препаратов конопли). Моторика как правило снижается (исключение составляют психостимуляторы).

Выход из опьянения обычно сопровождается сном, по пробуждении от которого часто возникает чувство разбитости, депрессия и тревога.

Синдром измененной реактивности включает: 1) изменение формы потребления; 2) изменение толерантности; 3) исчезновение защитных реакций при передозировке; 4) изменение формы опьянения [Пятницкая И. Н., 1994]. Некоторые авторы используют термин «синдром измененной толерантности». Синдром измененной реактивности проходит определенную динамику в течение болезни: так, на начальных этапах появляется изменение формы потребления, снижаются защитные реакции и растет толерантность, а на стадии исхода меняется форма опьянения на фоне снизившейся толерантности.

У здорового человека прием наркотиков вызывает определенные побочные эффекты. Систематический прием и достижение полного физического и психического комфорта свидетельствует об изменении реактивности организма. При отмене — явления абстиненции. Систематический прием становится вынужденным.

Подъем толерантности достигает на высоте болезни максимума и превышает начальную дозу в 5-10 раз у барбитуратов, в 8-10 раз у седативных препаратов, в 100-200 раз у опиатов. Организм начинает переносить многократно смертельные для здорового человека дозы. Возрастание толерантности, ее стабилизация («плато» толерантности) и снижение относят к осевым синдромам химической зависимости. Кроме того, отмечается и так называемый симптом перекрестной толерантности. Он наблюдается при сочетанном употреблении нескольких видов ПАВ. Симптом заключается в быстром росте толерантости к новым веществам, которые начал употреблять больной на фоне сформировавшейся зависимости.

Защитные реакции организма — это свидетельство передозировки. Примерами защитных реакций могут быть рвота при приеме алкоголя, зуд, тошнота, резь в глазах, слюнотечение при приеме опиатов. Исчезновение защитных реакций свидетельствует о переходе организма на новый уровень реагирования, поскольку высокие дозы токсического эффекта не вызывают и не требуют защиты.

Извращение эффекта действия наркотика наступает, когда сформировались предыдущие симптомы. Снотворные и транквилизаторы не дают седации, кодеин не подавляет кашля, опий не вызывает запоров, алкоголь вызывает агрессию или сонливость. Снижается интенсивность эйфории. Впоследствии эйфорический эффект действия наркотика меняется на тонизирующий. Это обычно совпадает со снижением толерантности.

Синдром психической зависимости включает патологическое влечение к ПАВ и способность достигать состояния психического комфорта в интоксикации. Психическая зависимость возникает во всех случаях систематического употребления ПАВ, иногда и после однократного их приема. Психическая зависимость является самым ранним и главным синдромом наркомании и в то же время самым длительным и тяжелым, который проявляется и в ремиссии.

Психопатологическая структура психической зависимости неоднородна и может быть представлена:

— обсессивными (навязчивыми) состояниями, характеризующимися борьбой мотивов и частичной критической самооценкой больным своего состояния;
— компульсивными и импульсивными состояниями с тотальной охваченностью, стремлением получить ПАВ любой ценой, часто с элементами суженного сознания, без критической самооценки и учета ситуации;
— доминантными структурами сверхценного типа без борьбы мотивов, когда возможность реализации, как правило, обусловлена внешними ситуационными факторами.

Клинически психическая зависимость проявляется в постоянных мыслях о ПАВ, повышении настроения в предвкушении его приема, подавленности — при отсутствии ПАВ. Течение влечения волнообразно. Иногда оно имеет циклический характер.

Синдром физической зависимости включает компульсивное (непреодолимое) влечение к ПАВ, способность достигать состояния физического комфорта в интоксикации и абстинентный синдром.

Степень компульсивного влечения сопоставима с чувством голода и жажды. От обсессивного отличается еще и тем, что способно подчинять все состояние сознания, определяет поступки и мотивацию действий. Улучшение физического состояния возникает только после приема ПАВ.

Следует учитывать, что физическая зависимость и абстинентный синдром развивается в процессе злоупотребления не каждым наркотическим или психоактивным веществом. Например, кокаиновая и ЛСД-наркомания ограничивается только появлением компульсивного влечения.

Абстинентный синдром формируется постепенно, в разные сроки при различных формах химической зависимости. Он наиболее сильно выражен при опиатной наркомании («ломка»). Возникает через несколько часов (до суток) после последнего приема ПАВ. Состоит из нескольких фаз, сменяющих друг друга во времени. Выражен абстинентный синдром и при хроническом алкоголизме, барбитуровой и амфетаминовой наркоманиях. Симптомы психические и соматоневрологические определяются формой ПАВ. Абстинентный синдром — это всегда показатель сформировавшейся физической зависимости.

Синдром последствий хронической наркотизации. Различные формы химической зависимости вызывают различные и достаточно специфические проявления этого синдрома. В течении любой формы зависимости присутствует прогрессирующее падение активности, энергетического потенциала, угасание влечений, потребностей как в биологическом, так и социальном смысле, снижение сопротивляемости к внешним воздействиям, прогрессирующее истощение.

Психические нарушения личности многообразны и зависят от наркотика. Развитие психического опустошения идет поэтапно: этап снижения личности, этап психопатизации, этап деменции. Степень выраженности органической психосимптоматики зависит от свойств и длительности приема нар-

котика. Психическая инвалидизация начинается с этапа снижения личности. Падает психическая активность, ограничиваются интересы и мотивации, упрощаются побуждения, уплощается эмоциональная сфера. Личность зависимого — это человек, лишенный внутреннего стержня, от которого осталась только внешняя оболочка.

Химическая зависимость всегда сопровождается аффективными изменениями. По мере прогрессирования заболевания депрессия и тревога сменяются дисфорией. Различным формам наркомании свойственны психозы или на высоте опьянения, или в период абстиненции. Психозы при химической зависимости несут в себе все черты, свойственные экзогенно-органическим расстройствам: расстройства сознания в виде одной из форм его помрачения (делирий, онейроид и т.д.), галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Быстрая динамика клинических проявлений. В период психоза отмечается амнезия, степень которой коррелирует с глубиной помрачения сознания. Психозы обычно острые, но могут принимать и затяжное течение.

Соматоневрологические изменения многочисленны. Наркоманы, как правило, истощены, имеются выраженные трофические расстройства. С длительностью заболевания связано формирование характерного «облика наркомана»: бледность, утрата тургора кожи, блеска глаз, ногтей, волос, их ломкость, кариозное разрушение зубов, похудание. Гнойные поражения присутствуют в местах введения наркотика. Из-за тромбофлебита поверхностных вен кожа над ними пигментирована (так называемая «дорожка»). Обязательно встречаются нарушения иммунитета. Часто нарушены функции желудочно-кишечного тракта. Особенно поражается печень (вследствие прямого действия наркотика и/или в результате сопутствующего инъекционного вирусного гепатита В и С). В последнее десятилетие у нас в стране все чаще у наркоманов диагностируют ВИЧ. Токсическое действие на нервную систему проявляется и в центральных, и в периферических отделах. Поражаются подкорковые узлы, гипоталамус, ретикулярная формация, мозжечок. При выпадении функций развиваются парезы и параличи преимущественно в дистальных отделах нижних конечностей.

У алкоголиков имеются свои специфические осложнения в виде поражения печени (жировая дистрофия, гепатит, цирроз), панкреатита, хронического гастрита. Страдает сердечно-сосудистатая, дыхательная и нервная система. Снижение иммунитета способствует возникновению и хронизации различных болезней, в том числе инфекционных.

Особенности клинических форм химической зависимости

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (хронический алкоголизм)

Психические расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, принято делить на группы в зависимости от длительности его приема: возни-

кающие после однократных или эпизодических приемов и являющиеся результатом многократных его приемов на протяжении длительного времени, а также в зависимости от отсутствия или наличия психотических расстройств.

Группы алкогольных расстройств

1) *острая алкогольная интоксикация (опьянение):*
— простое алкогольное опьянение;
— измененные формы простого алкогольного опьянения (атипичное);
— патологическое опьянение.
2) *хронический алкоголизм.*
3) *алкогольные психозы.*

Бытовое пьянство

Хроническому алкоголизму всегда предшествует этап бытового пьянства, который может быть достаточно протяженным во времени. По МКБ-10 бытовое пьянство диагностируется как «употребление алкоголя с вредными последствиями» (F10.1). Э. Е. Бехтель (1986) предложил классификацию бытового пьянства, в которой непосредственно к «пьянству» могут быть отнесены лишь варианты 4 и 5 (табл. 21).

Для систематического пьянства, кроме учащения выпивок и увеличения разовой дозы алкоголя, характерны изменения ценностных установок, появление в связи с пьянством социально-негативных поведенческих акций. В связи с этим можно говорить о формировании определенного стиля, образа жизни. Знакомство с алкоголем у этих лиц происходит в раннем подростковом возрасте, а систематическое употребление начинается после 16 лет. Алкогольная потребность достаточно быстро начинает приобретать равное значение наряду с другими личностными потребностями. Эти лица

Таблица 21

Классификация бытового пьянства [Бехтель Э. Е., 1986]

Группа лиц	Характеристика употребления алкоголя
1. Абстиненты	Лица, не употребляющие спиртные напитки или употребляющие их столь редко и в столь небольших количествах (до 100 г вина 2-3 раза в год), что этим можно пренебречь
2. Случайно пьющие	Лица, употребляющие в среднем 50-150 мл водки (250 мл максимум) от нескольких раз в год до нескольких раз в месяц
3. Умеренно пьющие	Лица, употребляющие по 100-150 мл водки (максимально до 400 мл) 1-4 раза в месяц
4. Систематически пьющие	Лица, употребляющие 200-300 мл водки (до 500 мл) 1-2 раза в неделю
5. Привычно пьющие	Лица, употребляющие 500 мл водки и более 2-3 раза в неделю, но не имеющие при этом клинически выраженных нарушений

выступают инициаторами выпивок, алкоголь постепенно начинает приобретать значение ведущего ценностного ориентира, становясь основным источником получения удовольствия в жизни. Соответственно этому происходит некоторое личностное снижение в социальной, семейной и профессиональной сфере.

Привычное пьянство является крайней и самой тяжелой формой эпизодического употребления и иногда представляет определенные трудности для дифференциальной диагностики с хроническим алкоголизмом. Динамика этой формы бытового пьянства как правило приводит к развитию алкоголизма.

Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение)

Алкогольное опьянение — симптомокомплекс психических, вегетативных и неврологических расстройств, обусловленный психотропным действием алкоголя. Согласно критериям МКБ-10, диагноз острой алкогольной интоксикации (F10.0) может быть поставлен только в тех случаях, когда опьянение не сопровождается более стойкими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя.

Различают три степени — легкую, среднюю, тяжелую. Для количественной оценки степени алкогольного опьянения чаще всего оценивают концентрацию этанола в крови. Соответственно концентрация 0,5-1,5% о ••" легкая, 1,5-2,5 — средняя, 3-5 — тяжелая. При концентрации б-8$\%_0$ алкогольное опьянение является причиной смерти.

Выделяют три формы алкогольного опьянения: *простое; измененные формы простого опьянения (атипичное алкогольное опьянение); патологическое опьянение.*

Простое алкогольное опьянение. *Легкая степень.* Характерны ощущение психического и физического комфорта (эйфория), неглубокие колебания эмоционального фона, гиперэкспрессивность, многоречивость. Мышление ускорено, ассоциации поверхностны. Критика снижена (субъективное ощущение «протрезвления» после 2-3-й дозы алкоголя). Из вегетативных симптомов присутствуют гиперемия кожных покровов (особенно лица), легкая тахикардия. Амнезии нет. *Средняя степень.* Типичны более выраженные аффективные нарушения, двигательная расторможенность, дизартрия. Критика к состоянию резко снижена. Темп мышления, ассоциативный процесс замедляются. Отмечается шаткость походки. Возможны тошнота и рвота. Частичная амнезия. *Тяжелая степень.* Характеризуется появлением различных по степени выраженности симптомов оглушения: от легкой сомноленции до комы. Выражены неврологические симптомы — мозжечковая атаксия, мышечная атония, амимия, дизартрия; вестибулярные расстройства — головокружение, тошнота, рвота. Цианоз, гипотермия. Могут быть эпилептиформные припадки. Отмечается полная наркотическая амнезия периода опьянения. При более высоких концентрациях этанола смерть наступает в результате паралича дыхательного центра.

Продолжительность алкогольного опьянения зависит от многих факторов (пол, возраст, масса тела, расовые особенности, привыкание к алкоголю), но более всего — от количества потребленного алкоголя и скорости его обмена в организме.

Измененные формы простого алкогольного опьянения. Клиническая картина алкогольного опьянения во многом зависит от «почвы», на которую воздействует алкоголь. Наличие такой почвы (последствия черепно-мозговой травмы, изменения личности и др.) приводит к возникновению измененных форм алкогольного опьянения. Атипичным называют опьянение, при котором происходит чрезмерно резкое усиление или ослабление каких-нибудь расстройств, либо нарушается последовательность их возникновения, либо развиваются симптомы, которые несвойственны простому опьянению. Наибольшие видоизменения претерпевают психические нарушения. Изменение простого алкогольного опьянения может происходить на II и III стадиях алкоголизма, при сопутствующей нервно-психической патологии, а также у подростков и юношей.

Патологическое опьянение в строгом смысле не является собственно опьянением, а представляет собой сверхострый транзиторныи психоз, вызванный приемом даже небольших количеств алкоголя и протекающий в форме сумеречного состояния сознания; заканчивается либо сном, либо психофизическим истощением. Более чем в 80% сопровождается противоправными действиями. При дезориентировке всех видов сохраняется координация движений с возможностью совершить требующие навыков и даже ловкости действия. Контакту больные недоступны, все действия совершаются в одиночку. Эпизод полностью амнезируется. Может сопровождаться продуктивными расстройствами — бредом, галлюцинациями. В 84% случаев симптомы острой интоксикации алкоголем отсутствуют. В поведении проявляются две основные тенденции: оборона со стремлением уничтожить источник опасности и бегство от угрожающей ситуации.

Экспертиза патологического опьянения часто трудна и крайне ответственна. Криминальные действия нередко совершаются и в состоянии простого алкогольного опьянения, наличие которое, согласно уголовному законодательству, утяжеляют степень вины и ответственности. В случае патологического опьянения больной признается невменяемым, что освобождает его от уголовной ответственности.

Классификация хронического алкоголизма

Впервые три стадии алкоголизма описал И. В. Стрельчук (1949). В первой стадии происходит изменение реакции организма на алкоголь (пропадает рвотный рефлекс, растет толерантность и т.д.). Вторая стадия начинается с формирования синдрома похмелья. В третьей стадии происходит деградация. До нее доживает относительно небольшая группа больных.

В широко распространенной классификации алкоголизма А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой (1971) также выделены три стадии: начальная

(неврастеническая), средняя (наркотическая), исходная (энцефалопатическая).

В МКБ-10 (1994) отсутствует деление хронического алкоголизма на стадии. Отдельно выделяются следующие рубрики: синдром зависимости (F10.2), состояние отмены (F10.3). При присоединении психотических осложнений выделяются: состояние отмены с делирием (F10.4), психотическое расстройство (F10.5), амнестический синдром (F10.6), резидуальное психотическое расстройство и психотическое расстройство с поздним дебютом (F10.7).

В России до сих пор традиционно используются классификации, связанные с делением заболевания на три стадии. При этом рядом авторов в классификацию включаются темпы развития (прогредиентности) болезни: низкий, средний и высокий, формы злоупотребления (см. ниже), степень тяжести социальных последствий, соматоневрологические проявления алкоголизма, а также текущее состояние в динамике болезни: ремиссия или рецидив [Иванец Н. Н. и др., 1990].

Клинические проявления и закономерности течения алкоголизма

Клиническая картина складывается из наркоманического синдрома (см. выше) и изменений личности больного. В клинической практике принято различать две разновидности патологического влечения к алкоголю — первичное и вторичное. *Первичное влечение,* или *психическая зависимость,* объединяет два симптома — психическое влечение к алкоголю и возникновение эйфории в стадии опьянения. *Вторичное влечение,* или *физическая зависимость,* проявляется в невозможности переносить абстинентное состояние, проявляющаяся в стремлении к новому приему алкоголя для избавления от неприятных симптомов.

Эти основные синдромы относятся к общим признакам, объединяющим все клинические варианты алкоголизма. Они последовательно формируются в процессе развития заболевания.

Первая стадия алкоголизма характеризуется следующими проявлениями. 1. Первичное патологическое влечение к алкоголю. Тяга к алкоголю проявляется в определенных ситуациях. Подготовка к приему спиртного сопровождается положительными эмоциями. Прием первой дозы ускоряет употребление последующих до состояния более выраженного опьянения. Внешним признаком этого будет так называемый *симптом опережающего тоста,* употребление спиртного «до дна». Важнейшим признаком психической зависимости является и *снижение количественного и ситуационного контроля,* когда больные начинают регулярно пить до состояния выраженного алкогольного опьянения и делают это там, где нельзя (например, в присутствии непосредственного начальства). 2. Рост толерантности к алкоголю определяется тем, что первоначально употребляемая доза не вызывает приятного чувства опьянения и требуется прием большего количества спиртного или переход на более крепкие напитки. 3. Амнезии опьянения проявляются

чаще в форме палимпсестов. Палимпсесты опьянения проявляются в том, что из памяти выпадают фрагменты определенных событий, имевших место в состоянии опьянения.

Первую стадию алкоголизма диагностируют, как правило, у лиц 16-35 лет. Ее продолжительность чаще всего составляет 1-6 лет.

Вторая стадия алкоголизма характеризуется утяжелением всех симптомов первой стадии. Кроме того, отмечают: 1. Появление абстинентного (похмельного) синдрома. 2. Формирование запоев или систематического (постоянного) злоупотребления алкоголем. 3. Заострение преморбидных черт личности.

Патологическое влечение к алкоголю возникает не только в определенных ситуациях, но и спонтанно. Во второй стадии отмечается *полная утрата количественного контроля* -— больной напивается всегда и везде. Определенная доза спиртного («критическая») вызывает непреодолимое (компульсивное) желание пить «до отключки».

Устанавливается *максимальная толерантность* к алкоголю, которая не меняется долгое время (плато толерантности). Происходит *изменение картины опьянения:* уменьшается период эйфории, опьянение чаще протекает по дисфорическому типу. *Алкогольные амнезии* становятся систематическими.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) — это комплекс вегетативных, соматоневрологических, психопатологических нарушений, возникающий у больных алкоголизмом вслед за прекращением или резким сокращением алкоголизации. В литературе можно встретить такие его названия, как синдром отмены, состояние отмены (в МКБ-10), синдром похмелья, синдром второго дня и т. д. Впервые описан отечественным психиатром С. Г. Жислиным (1935), который определил его основной признак в том, что «расстройства, обусловленные предшествующим алкогольным эксцессом, смягчаются или исчезают совсем лишь после повторного употребления известных доз алкоголя».

Следует отличать ААС от постинтоксикационного синдрома, который может отмечаться у людей, не страдающих алкоголизмом, на следующий день после массивной алкоголизации. Соматовегетативные проявления у обоих синдромов сходны. Базовым отличием является отсутствие влечения к алкоголю у неалкоголиков. Более того, вид, запах и даже упоминание об алкоголе вызывает у них отвращение вплоть до тошноты и рвоты.

Во второй стадии формируются следующие типы злоупотребления алкоголем: 1. *Постоянный тип* характеризуется ежедневным или почти ежедневным употреблением спиртного. 2. *Периодический тип* или *псевдозапои,* которые характеризуются чередованием периодов ежедневного пьянства с интервалами, когда больной не употребляет спиртного. Псевдозапои отличаются от истинных запоев тем, что они провоцируются социальными поводами (встреча с друзьями, конец недели, зарплата, праздник, неприятности и т. д.) и обрываются также под влиянием ситуации (кончились деньги, надо идти на работу, угрожают семейные репрессии и т. д.). 3. *Перемежающийся (сме-*

шанный) тип, когда на фоне постоянного пьянства отмечаются периоды его усиления с употреблением спиртного в максимальных дозах (сочетание постоянной формы и псевдозапоев).

Начиная со второй стадии возможно появление алкогольных психозов (см. ниже) как на фоне похмельного синдрома, так и на высоте опьянения во время запоя.

Во второй стадии алкоголизма начинают проявляться изменения личности больного, чаще в форме *заострения преморбидиых черт.* К этому присоединяются расстройства эмоциональной сферы в виде эмоциональной лабильности, огрубления, возбудимости.

Вторая стадия болезни обычно формируется в возрасте 25-35 лет после злоупотребления алкоголем в течение 10-15 лет.

Третья стадия характеризуется утяжелением всех проявлений, которые отмечаются во второй, плюс появлением истинных запоев и деградации личности. В подростковом возрасте третья стадия практически не встречается, так как для ее формирования должно пройти достаточное количество времени, и подросток-алкоголик успевает перейти в категорию взрослых.

Патологическое влечение по силе сопоставимо с голодом и жаждой (компульсивный характер влечения). Утрата количественного контроля сопровождается полной утратой ситуационного контроля: прием незначительной дозы алкоголя влечет за собой возникновение неодолимого влечения со стремлением добыть его любыми средствами, в том числе и противозаконно. Часто употребляются суррогаты алкоголя (технический спирт, одеколоны, лосьоны и т. д.).

Одним из важнейших симптомов третьей стадии является *снижение толерантности к алкоголю.* Отмечается выраженное изменение картины опьянения с преобладанием дисфорического аффекта. В некоторых случаях у части больных опьянение представлено картиной алкогольного оглушения: пациенты вялы, пассивны, на вопросы отвечают с задержкой, способны выполнять только простые действия. Для больных третьей стадии характерна тотальная алкогольная амнезия, которая проявляется при приеме сравнительно небольших доз алкоголя. Для третьей стадии характерны *истинные запои* (прерываются из-за невозможности самого больного продолжать употребление алкоголя). Им предшествует ничем не спровоцированное непреодолимое (компульсивное) влечение. В первый день запоя выпивается максимальное количество. В последующие дни из-за снижения толерантности доза падает. В конце запоя развивается интолерантность, приводящая к прекращению алкоголизации.

Формируются стойкие *изменения личности:* 1. Психопатоподобная деградация характеризуется изменением поведения, проявляющимся грубым цинизмом, агрессией, назойливой откровенностью, стремлением очернить окружающих. 2. Алкогольная деградация с преобладанием эйфории отличается благодушным беспечным настроением с резким снижением критики к своему положению и окружению. Им присущ так называемый алкогольный юмор с примитивными штампами и шаблонными шутками преимущественно на

алкогольную и сексуальную тематики. 3. Алкогольная деградация с аспонтанностью характеризуется вялостью, пассивностью, снижением побуждений, полной утратой интересов и инициативы. Активность появляется только при приобретении спиртного.

Соматические последствия при третьей стадии малообратимы (цирроз печени, панкреатит, полиневропатия и т. д.).

Динамику алкоголизма выражает не только стадийность, но и скорость формирования симптомов, то есть *прогредиеиптость заболевания.* Для оценки степени прогредиентности используют сроки формирования ААС после начала систематического злоупотребления алкоголем. Если ААС развивается в период до 6 лет, то диагностируют высокую степень прогредиентности заболевания, если от 7 до 15 лет — среднюю и свыше 15 лет — низкую степень прогредиентности.

Динамика алкоголизма определяется многими факторами: от наследственной предрасположенности, типа личности, наличия нервно-психических заболеваний или другой сопутствующей патологии, пола, возраста до качества и количества употреблямых спиртных напитков.

Алкогольные психозы

К алкогольным (металкогольным)* психозам относятся психотические состояния экзогенного происхождения с острым, затяжным и хроническим течением, возникающие на 2-й и 3-й стадиях алкоголизма. У лиц с хроническим алкоголизмом по данным ВОЗ алкогольные психозы возникают в 10% случаев. Клинически выделяют следующие психозы - делирии, галлюцинозы и бредовые психозы и энцефалопатии.

Традиционно считалось, что алкогольные психозы у подростков очень редки и чаще всего это спровоцированные алкоголем приступы шизофрении [Личко А. Е., Битенский В. С, 1991]. Тем не менее, число зарегистрированных именно алкогольных психозов у подростков существенно увеличилось за последнее десятилетие XX столетия. Как правило, алкогольные психозы у подростков протекают в форме либо классического или редуцированного алкогольного делирия, либо алкогольного галлюциноза, которые и будут рассмотрены в данном разделе.

Алкогольный делирий (белая горячка, состояние отмены с делирием — F10.4 по МКБ-10) — самая частая форма, составляющая более 75% всех алкогольных психозов. Выделяют четыре формы: классический, редуцированный, атипичный, тяжелый (мусситирующий, профессиональный).

Классический делирий обычно развивается на фоне абстинентного синдрома после длительного запоя при резкой отмене алкоголя или при присо-

' Термин «алкогольные психозы» отражает прежние взгляды на природу психозов при алкоголизме, когда их причиной считалось непосредственное воздействие алкоголя на мозг. Позднее было установлено, что психозы развиваются преимущественно в случаях поражения внутренних органов в результате длительной интоксикации. Такие психозы в современной литературе принято называть металкогольными.

единении соматических заболеваний (особенно травм, хирургических вмешательств).

Начальные признаки: ухудшение ночного сна с кошмарными сновидениями, страхами и частыми пробуждениями, вегетативные симптомы (потливость, тремор), общая оживленность больного, лабильность аффекта. Делирий начинается обычно в вечерние часы. Появляются зрительные иллюзии, иногда лишенные объемности зрительные галлюцинации — «кино на стенке», с сохранностью критического отношения к ним. Отмечается неполная ориентировка в месте и времени. Мимика и движения оживлены, внимание легко отвлекается, настроение изменчиво с быстрой сменой противоположных аффектов.

В развернутой стадии делирия появляется полная бессонница, иллюзии усложняются или сменяются парейдолиями, возникают истинные зрительные галлюцинации. Преобладают множественные, образные и подвижные, иногда микропсические галлюцинации (насекомые, грызуны, змеи, а также паутина, проволока, черная нитка). Реже видят фантастических животных, людей, человекоподобных существ, представителей «нечистой силы». Галлюцинации могут калейдоскопически менять друг друга. При углублении делирия встречаются слуховые, тактильные и обонятельные галлюцинации.

При делирии отмечается выраженная полярность аффекта. Двигательные реакции соответствуют содержанию галлюцинаций. Бред отрывочен и также соответствует содержанию галлюцинаторных переживаний. Ориентировка в месте и времени нарушена, а в собственной личности сохранена. Периодически возникают светлые промежутки, особенно под влиянием внешних раздражителей (например, беседа с врачом). Психоз усиливается к вечеру и ночью. Параллельно наблюдается множество вегетативных симптомов, повышенная температура. Без лечения делирий продолжается 3-5 дней, иногда 7-10 дней. Выход из делирия обычно происходит после продолжительного сна. По выходе из делирия частично сохраняются воспоминания о перенесенных психотических переживаниях.

Редуцированный делирий отличается кратковременностью психотической симптоматики, неразвернутостью форм ее проявления. Психоз длится несколько часов. Расстройства восприятия и аффективные переживания нестойки. Нет нарушения ориентировки, неврологическая симптоматика слабо выражена.

Острый алкогольный галлюциноз развивается на фоне похмельного синдрома или на высоте запоя. Отличительная черта галлюциноза — сохранность всех видов ориентировки. Галлюцинации начинают появляться в вечерние часы или ночью, в том числе и при засыпании (гипнагогические). Сперва возникают элементарные слуховые галлюцинации в виде акоазм, а затем обильные вербальные галлюцинации. Они имеют нейтральное содержание для больного, критическое отношение к ним отсутствует. В последующем на фоне тревоги, растерянности появляются множественные словесные галлюцинации, исходящие от разных людей, которые начинают восприниматься как «хор голосов». Чувственность и наглядность слуховых галлю-

цинаций столь велика, что создается впечатление, что больной все это видит, а не слышит. Тематика галлюцинаций разнообразна и отличается изменчивостью. Тем не менее, обсуждение пьянства и его последствий — одна из наиболее постоянных тем. При наплыве галлюцинаторных расстройств появляется непродолжительная заторможенность — признаки галлюцинаторного субступора или ступора.

Уже на начальном этапе галлюциноза появляются бредовые идеи (преследования, физического уничтожения, обвинения и т. д.), содержание которых определяется содержанием галлюцинаций. Обычно говорят о «бандитах», которые преследуют. Аффективная сфера, так же как и бред, определяется содержанием галлюцинаторных переживаний. Чаще это тревога, страх, отчаянье. Вначале преобладает двигательное возбуждение, которое сопровождается самообороной, обращением в милицию или прокуратуру. Иногда совершаются общественно опасные действия, суицидные попытки. Вскоре поведение становится существенно более упорядоченным, что маскирует психоз, создает ложное и опасное представление об улучшении состояния. Симптомы психоза усиливаются вечером и ночью. Выход из психоза происходит критически после глубокого сна либо постепенно. Длительность психоза 2-5 дней, редко до 1 месяца.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов (опиатная наркомания, наркомания морфинового типа)

Опиаты относятся к группе наркотических анальгетиков. Они включают обширную группу фармакологических препаратов, получаемых из разных сортов снотворного мака, а также синтетическим путем. К наркотикам опийной группы относятся следующие препараты: натуральные — опий-сырец, маковая соломка, подсохший млечный сок мака, чистые алколоиды опия (морфин, кодеин, и др.), омнопон, кустарно приготовленные из мака препараты (ханка, кокнар); синтетические дериваты опия (метадон, промедол и др.); полусинтетические — героин, получаемые путем химического видоизменения молекулы морфина.

В РФ опиатная наркомания является самой распространенной из официально зарегистрированных и по последним данным составляет до 90% всех наркоманий. С середины 90-х годов в структуре опийной наркомании на первое место вышел героин — препарат, вызывающий наиболее тяжелую форму наркомании. Препараты опия используют путем курения, вдыхания (интраназально), их принимают внутрь, но чаще всего вводят внутривенно.

Внутривенное введение здоровому человеку терапевтической дозы морфина (10 мг) вызывает состояние опьянения, которое проходит через несколько фаз. Первая фаза («приход» - на сленге наркоманов) наступает через 10-30 секунд после инъекции. Появляется приятный зуд кончика носа, подбородка, лба, чувство тепла в области поясницы и живота, поднимающееся вверх. Приятные кожные ощущения. Сознание сосредоточено на телесных

ощущениях «прихода». Длится до 5 минут. Первая фаза отмечается только при внутривенном применении наркотика. Вторая фаза — «кайф, таска, волокуша, нирвана» — благодушная истома, восторг, ленивое удовольствие, тихий покой. Появляются приятные грезоподобные фантазии, визуализация представлений. Внешние раздражители воспринимаются искаженно. При употреблении кодеина первая фаза переходит в состояние двигательного и психического возбуждения. Продолжительность 3-4 часа. Третья фаза — поверхностный сон в течение 2-3 часов. Четвертая фаза — последействие. Характерно плохое самочувствие, головные боли, бессонница, иногда тревога, тошнота, мелкий тремор рук, языка, век.

Диагностика опийного опьянения не представляет трудности. Очень характерно сужение зрачка («симптом булавочной головки»). Кожа и слизистые бледные, сухие; отмечается гипотензия, брадикардия, повышение сухожильных рефлексов. При передозировке отмечается сноподобное состояние, которое переходит в кому. Смерть наступает от паралича дыхательного центра.

Развитие наркомании. Однократное применение наркотика не вызывает зависимости. Зависимость появляется после 3-5 инъекций или интраназального употребления героина, 10-15 инъекций морфина, 30 приемов кодеина. В среднем этап эпизодического введения препарата продолжается 2-3 месяца. Если прием наркотика с самого начала становится регулярным, то период наркотизма сокращается до 1-2 недель.

Отличительным признаком опиатной зависимости является то, что она возникает даже при использовании малых доз препаратов, которые применяются в ряде случаев для терапевтических целей.

Первая стадия. Регулярность наркотизации — начало первой стадии заболевания. Сон поверхностный, аппетит подавлен, уменьшается количество мочи, запоры. Постепенно растут дозы. Отсутствие наркотика проявляется через 1-2 суток в основном в форме психических расстройств. Продолжительность первой стадии при инъекционном приеме от 2 до 4 месяцев, при приеме кодеина — до полугода, при употреблении внутрь маковой соломки — до нескольких лет.

Вторая стадия. Резко возрастает толерантность (в 100-300 раз). Изменяется физиологическое действие наркотика — исчезают запоры, при простудах появляется кашель, восстанавливается сон, сохраняется сужение зрачка. Поведение становится вялым, пассивным. Появляются признаки физической зависимости.

Формирование абстинентного синдрома («ломки») может произойти через 1-2 месяца регулярного употребления наркотиков. Абстинентный синдром имеет фазовое течение: 1. Начальные проявления возникают через 8-12 часов после последнего приема. Выраженные признаки психической зависимости и соматовегетативные реакции («кумар»): расширение зрачков, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, гусиная кожа, бессонница, снижается аппетит. 2. Озноб, сменяющийся жаром, потливость и слабость. Неудобство в мышцах спины, ног, шеи. Боль в межчелюстных суставах и жеватель-

ных мышцах. Усиленные симптомы первой фазы. Симптомы наиболее выражены через 24-36 часов после отмены. 3. К концу вторых суток появляются мышечные боли, присоединяются судороги периферических мышц. «Ломка» оправдывает свое название. Больные не могут найти себе место, говорят, что их «крутит», «сводит», «выламывает суставы» и т. д. Перемена положения тела на короткое время приносит некоторое улучшение, поэтому больные постоянно меняют позу: ложатся, садятся, приседают, поднимают вверх ноги, катаются по полу и т. д. Они напряжены, раздражительны, злобны. Могут быть проявления агрессии; часты и аутоагрессивные действия — больные наносят себе порезы в области предплечий, при виде крови напряжение как бы спадает. Возможны и истинные суицидные попытки. Настроение снижено, влечение к наркотику компульсивное. Максимум выраженности отмечается к концу 2-х — началу 3-х суток. 4. К проявлениям третьей фазы присоединяются диспептические явления: боли в животе, затем рвота и понос до 10-15 раз в сутки. Максимальное проявление на третьи сутки. Продолжительность абстинентного синдрома без лечения составляет 5-10 дней. После прохождения абстинентного синдрома у больного падает толерантность к наркотику («омоложение»). Именно поэтому многие наркоманы соглашаются на «лечение» только для того, «чтобы сбить дозу» и тратить на наркотики меньше денег.

После исчезновения острых явлений абстиненции в течение 1-1,5 месяцев наблюдаются остаточные явления, которые получили название постабстинентного синдрома [Иванец Н. Н. и др., 1999]. Волнообразно возникает непреодолимое влечение к наркотику. Отмечается сниженное настроение, вялость, нарушения сна, чувство психического дискомфорта, могут быть суицидные тенденции. В ряде случаев больные становятся злобными, раздражительными, отказываются от лечения. На 3-4-й неделе абстиненции может возникнуть «сухая ломка» — соматические и вегетативные симптомы, имитирующие картины абстинентного синдрома на период обрыва приема наркотиков. В период постабстинентного синдрома часто возникают спонтанные рецидивы заболевания.

Продолжительность второй стадии зависит от наркогенности вводимого наркотика, его доз и методов введения. В среднем она продолжается 5-10 лет.

Третья стадия. Большинство наркоманов до этой стадии не доживает. В третьей стадии выражен не только большой наркоманический синдром, но и последствия хронической интоксикации. На первом плане — физическая зависимость. Толерантность падает до $^1/_3$ прежней дозы. Действие наркотика исключительно стимулирующее, эйфории уже практически нет. Требуется доза, составляющая $^1/_8$-$^1/_{10}$ постоянной дозы, чтобы достичь физического комфорта. Вне интоксикации может отсутствовать способность передвигаться. Абстинентный синдром менее выражен, однако наступает скорее, и его продолжительность достигает 5-6 недель. Больные страдают от длительных проявлений абстинентного синдрома и иногда пытаются самостоятельно отказаться от наркотика, пытаясь заменить его алкоголем, транквилизаторами, бар-

битуратами, однако это, как правило, не приводит к успеху. Иногда отмечается трансформация одной наркомании в другую, либо формирование полинаркомании.

Характерны изменения психики при опийной наркомании. Крайне сужен круг интересов — больных волнует только то, что связано с наркотиком. Отмечаются эмоциональное огрубление, черствость, патологическая лживость, снижение, а потом и утрата морально-этических норм. Наркоманы легко совершают преступления, не раскаиваясь в них. Очень характерна речь наркомана. Она изобилует жаргонными словами. Вместе с тем выраженных психотических расстройств и деменции нет. Смерть обычно наступает от передозировки наркотика, реже от сопутствующих заболеваний (заболевания печени, СПИД). Продолжительность жизни опийного наркомана в настоящее время редко превышает 30 лет.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиоидов (наркомания, вызванная препаратами конопли)

Наркомания вследствие злоупотребления коноплей (каннабисом) относится к наиболее распространенным в мире. Наркотики, приготовленные из стеблей и листьев конопли с небольшим добавлением цветков, называется марихуаной («травка», «сено» — на языке наркоманов). Смолистое вещество, собранное из верхушек травы каннабиса, называют гашишем (анаша, банг, план, «дурь»). В растениях содержатся различные ароматические альдегиды каннабиола (главным образом, тетрагидроканнабиолы), которые обладают наркотическим действием.

В России, по данным ряда авторов, конопля является наиболее часто употребляемым наркотиком. Гашиш и марихуану обычно курят в чистом виде или в смеси с табаком, иногда жуют и глотают в виде пилюль или принимают с пищей. При курении эффект каннабиоидов наступает быстрее.

Наркотический эффект зависит не только от дозы, но и от окружающей обстановки, ожиданий потребителя, его личностных характеристик. Первое в жизни курение гашиша может не вызвать никаких ощущений даже при наличии соответствующей установки. Эйфория, как правило, наступает лишь после 2-3-го раза. Более того, первые пробы могут сопровождаться неприятными ощущениями: чувством сухости во рту и носоглотке, стеснения в груди, затруднения дыхания. Возможны тахикардия, головокружения, тошнота и рвота. Однако это не мешает лицам, в первую очередь подросткам, повторять наркотизацию. Вместе с тем, бывают случаи, когда эйфория наступает с первой пробы наркотика.

Действие начинается с чувства жажды и голода, сухости во рту. Появляется ощущение тепла. Возникает эйфория с многоречивостью, ускорением темпа мышления, бурным потоком ассоциаций. Усиливается моторная активность. Любые действия и слова окружающих вызывают дурашливый неудержимый смех. Суживается контакт с окружающими. Возникают иллюзии, звуки приобретают особый резонанс. Аффект неустойчив — могут возникать

приступы тревоги, страха. Затем происходит спад возбуждения. Длительность интоксикации зависит от дозы и продолжается от 30 минут до нескольких часов. По выходе из опьянения резко повышен аппетит (вплоть до состояния булимии — волчьего голода). Сознание ясное, присутствует апатия, вялость, которая переходит в сон.

При передозировке — зрачки расширены, лицо гиперемировано. Отмечаются выраженная тахикардия, повышение АД, координация движений нарушена. Больной находится в оглушении, которое через коллапс может перейти в сопор и кому. Психически отмечаются признаки острого психоза с возбуждением, галлюцинациями, отрывочным бредом, колебаниями аффекта.

В течение первого года эпизодического (1-2 раза в неделю) употребления гашиша не развивается привыкания и пристрастия к наркотику. При увеличении же употребления в течение года развивается пристрастие. Появляется систематическая форма потребления, рост толерантности, изменяется действие наркотика — нет гиперемии, тахикардии, тревоги. Влечение к наркотику обсессивное. Возможно совместное применение с алкоголем. Через 2-5 лет описано появление синдрома физической зависимости, который выражен намного слабее, чем при употреблении опиатов. Снижается эйфоризирующее действие наркотика, преобладает тонизирующее. Часто снижение эйфории во время опьянения толкает больного на употребление более сильного наркотика. Толерантность к наркотику возрастает. Перестают употреблять вместе с алкоголем, курят в одиночку без примеси табака, употребляя теплое питье для усиления эффекта. Стимулирующее действие наркотика представляет единственно возможное оптимальное состояние, приносящее психический комфорт. Вне интоксикации гашишист расслаблен, несобран, нетрудоспособен.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления седативных и снотворных веществ

Зависимость при злоупотреблении снотворными средствами может быть вызвана снотворными, относящимися как к группе производных барбитуровой кислоты (веронал, барбамил, этаминал натрия, фенобарбитал), некоторые из которых отнесены к наркотикам (барбамил, этаминал натрия), так и снотворными средствами других групп (например, нитразепам, реладорм, оксибутират натрия и др.). В случае злоупотребления барбитуратами, внесенными в список наркотиков, говорят о барбитуровой наркомании, в остальных случаях — можно говорить о токсикомании. По периоду жизни (периоду полураспада) в организме снотворные и седативные средства бывают короткоживущие (период полураспада до 8-10 часов) и длительно живущие (период полураспада свыше 10 часов). Наибольшую зависимость дают сильнодействующие вещества с коротким периодом полураспада.

Причины развития наркомании (токсикомании) могут быть как медицинскими (врач неправильно выписывает снотворные больному), так и неме-

дицинскими, когда начинают принимать снотворные с целью вызывания эйфории. В первом случае заболевание формируется медленно. Во втором стремительно, как при тяжелых наркоманиях.

Барбитуровая токсикомания, или наркомания (по классификации ВОЗ), является одной из наиболее тяжелых. Она имеет много общих особенностей со злоупотреблением алкоголем. Алкоголь и барбитураты обладают некоторым стимулирующим действием, но их седативный эффект более выражен.

Опьянение наступает от двойной или тройной терапевтической дозы и имеет фазность течения: 1. Возникает сразу «на игле» — мгновенное оглушение, в глазах темнеет, окружающее не воспринимается. Длительность первой фазы несколько секунд. 2. Беспричинное веселье, двигательное возбуждение. Восприятие окружающего искажено. Длительность 2-3 часа. 3. Глубокий тяжелый сон продолжительностью 3-4 часа. 4. При пробуждении - вялость, разбитость, астения. Могут быть неврологические симптомы, головная боль, жажда, аппетит отсутствует.

Из-за относительно небольшой разницы между дозами препарата, оказывающими терапевтическое и токсическое действие, часто отмечаются передозировки, которые нередко заканчиваются летально из-за остановки дыхания.

Становление заболевания происходит за 3-4 месяца регулярного приема барбитуратов. Как и для любой наркомании, при злоупотреблении барбитуратами отмечается стадийность течения заболевания. Абстинентный синдром (2-я стадия наркомании), как правило, тяжелый и является наиболее характерной чертой наркомании (токсикомании) данного типа. Он развивается в течение первых 24 ч после отмены препарата, достигает пика своей выраженности через 2-3 дня, затем симптоматика медленно ослабевает. Симптомы, характерные для барбитуровой абстиненции: тревога, непроизвольные мышечные подергивания, тремор, прогрессирующая слабость, головокружение, искажение зрительного восприятия, тошнота, рвота, бессонница, потеря веса, повышение АД в сочетании с резким падением давления при вставании. Часто возникают развернутые судорожные припадки. В абстиненции отмечаются делирии, по клинической картине сходные с алкогольными. Причем припадки обычно развиваеются в первый или второй день абстинентного синдрома, а психоз возникает позже. При тяжелой зависимости абстинентный синдром может стать угрожающим для жизни.

При длительном злоупотреблении снотворными очень быстро формируется психопатоподобный дефект, напоминающий органический. Появляется утомляемость, истощаемость внимания, невозможность интенсивной умственной деятельности. Падает работоспособность: больные работают только после приема достаточной дозы препарата, которая оказывает стимулирующее действие.

В последующем довольно быстро из-за токсической энцефалопатии наступает деградация, проявляющаяся в замедлении мыслительных процессов и речи, выраженным интеллектуально-мнестическим снижением.

Токсикомании вследствие злоупотребления транквилизаторами (как и снотворными) встречаются довольно часто в развитых странах. Более склонны к использованию транквилизаторов женщины. Чаще всего используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда (бензодиазепины), но возможно возникновение зависимости и от транквилизаторов других химических групп (мепробамат, триоксазин и др.). Причины токсикомании могут быть как медицинскими (зависимость возникает в течение 1-2 лет), так и немедицинскими (зависимость формируется через 1-1,5 месяца).

Зависимость чаще наступает от сильных транквилизаторов короткого действия (ксанакс, иммован, лоразепам и др.). В РФ из-за большей доступности зависимость чаще возникает от низкоактивных транквилизаторов длительного действия (нозепам, радедорм, элениум, диазепам, феназепам). Характерными для превыкания к бензодиазепинам являются нарушения ритма бодрствование — сон с ночными пробуждениями и невозможностью заснуть без приема очередной дозы препарата.

Эйфорический эффект возникает от дозы, в 5-10 раз превышающей терапевтическую. Клиника опьянения похожа на барбитуровое, но частично зависит от принимаемого препарата. Так, радедорм вызывает опьянение, похожее на алкогольное, с выраженной заторможенностью, сонливостью. Феназепам вызывает расторможенность, немотивированную двигательную активность. Диазепам (реланиум, седуксен) вызывает эйфорию, особенно при внутривенном применении. Для усиления эффекта больные часто комбинируют препараты из этой группы. Внешне пациенты в интоксикации похожи на лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения.

Через 3-4 недели после начала систематического приема бензодиазепинов прежние дозы уже не вызывают эйфории. Количество принимаемого вещества увеличивается, растет толерантность. Течение бензодиазепиновои токсикомании менее злокачественное, чем барбитуровой, возможны спонтанные ремиссии.

При длительном злоупотреблении транквилизаторами, как и при злоупотреблении снотворными, формируется своеобразный дефект личности, напоминающий органический. У больных отмечаются интеллектуально-мнестические нарушения, снижаются нравственные и этические нормы поведения. Больные становятся непригодными к работе, связанной как с интеллектуальной, так и с физической нагрузкой.

Токсикомании, вызванные ненаркотическими анальгетиками и антигистаминными средствами. Это сборная группа токсикомании, вызванная злоупотреблением широко применяющихся в медицине препаратов. Для возникновения получения эйфории и дальнейшего развития зависимости используются побочный эффект этой группы средств — седативное действие. Поэтому злоупотребление анальгетиками и антигистаминными (антиаллергическими) средствами имеет сходство с токсикоманией, вызванной снотворными средствами. Эти варианты токсикомании нашли распространение преимущественно в подростковой среде из-за дешевизны и доступности (многие отпускаются без рецепта) анальгетиков и антигистаминных средств.

Из анальгетиков чаще используются анальгин, амидопирин и фенацетин, обладающий из них наибольшей токсичностью [Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д., 1991]. После приема 10-кратной дозы развивается опьянение, характеризующееся эйфорией с дурашливостью, повышенной двигательной активностью, многословием. Психические последствия интоксикации выражаются в аффективной лабильности, капризности, колебаниях настроения в зависимости от приема лекарств от дурашливой веселости до угрюмо-мрачного настроения. В течение ряда лет формируются те же изменения личности в сторону душевной опустошенности, эгоцентризма, склонности к асоциальному поведению, что и при других токсикоманиях. В последующем становятся очевидными проявления энцефалопатии: интеллектуально-мнестическая деградация.

Систематический прием анальгетиков может вызвать и целый ряд соматических осложнений. К наиболее частым из них относят токсическую анемию, нефрит, фенацетиновую циррозную почку. Из неврологических осложнений отмечают тремор, атаксическую походку, нарушение артикуляции речи. Больные не выносят шума, раздражительны, жалуются на головные боли, склонны к коллапсам, эпилептиформным припадкам. Смерть может наступить из-за развившейся почечной недостаточности.

Течение токсикомании неблагоприятное, особенно, когда она сочетается со злоупотреблением снотворными, транквилизаторами, противогистаманными препаратами, что встречается достаточно часто, особенно у подростков.

Из аитигистамииных средств чаще всего используются препараты первого поколения: димедрол и пипольфен, поскольку обладают наиболее выраженным седативным эффектом среди препаратов этой группы. Современные антигистаминные препараты (кларитин) не обладают седативным действием. Антигистаминные препараты (особенно пипольфен) могут вызвать делирий как на высоте интоксикации, так и в абстиненции. Последствия злоупотребелния антигистаминными препаратами более тяжелые, чем при токсикомании, вызванной транквилизаторами. При длительном злоупотреблении формируется деменция в форме психоорганического синдрома.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кокаина (кокаиновая наркомания)

Кокаин является алкалоидом, получаемым из листьев коки — растения, произрастающего в Латинской Америке. По своему психотропному эффекту относится к сильным стимуляторам ЦНС, что определяет его наркогенность. Употребляются кокаина гидрохлорид (интраназально и внутривенно) и кокаин-основание (крэк) при курении.

Скорость и интенсивность кокаинового опьянения зависит от способа введения. Внутривенное введение и кокаина гидрохлорида, и алкалоида кокаина (крэка) оказывают стремительное действие — «раш» (от англ. rush — бросок). Уже на «кончике иглы» развиваются эйфория, чувство телесного и душевного блаженства, необыкновенного комфорта, любви ко всем людям. Тем не менее, внутривенные инъекции кокаина не получили широкого рас-

пространения из-за очень короткого времени действия препарата. Чаще используется внутривенное применение кокаина в комбинации с героином. Курение крэка также оказывает быстрое действие, так как всасывание происходит в легких и быстро попадает в кровь и ткани мозга. Интраназальное введение, при котором порошок кокаина гидрохлорида закладывается в ноздри, начинает действовать медленнее — через 5-10 минут.

Типичное кокаиновое опьянение можно охарактеризовать как маниакальноподобное состояние с эйфорией, повышенной активностью, самоуверенностью. Кокаин вызывает усиление процессов мышления, повышение сосредоточенности, обострение слуха и зрения, ощущение повышенной физической силы и богатства мыслей, творческих способностей. Характерным является и усиление сексуальности. Отмечается также прекрасное самочувствие, легкость во всем теле. По прошествии примерно 30 минут эти ощущения постепенно исчезают (при внутривенном введении и курении крэка — еще быстрее).

При передозировке появляется тревога, страх, может возникнуть острый транзиторный психоз с помрачением сознания по типу делирия или без него. Отмечается бред преследования, слуховые, зрительные и тактильные галлюцинации, которые особенно характерны. Появляется ощущение, что по телу ползают насекомые, их ищут, пытаются давить, расчесывают кожу. Соматические и неврологические симптомы при передозировке весьма серьезны: появляются сердечные аритмии, боли за грудиной напоминают приступы стенокардии. Описаны обмороки, судорожные припадки. Смерть может наступить вследствие остановки сердца или угнетения дыхательного центра.

Для злоупотребления кокаином характерен циклический ритм приема наркотика: постоянный прием наркотика в течение 2-3 дней днем и ночью, суточная доза возрастает в 5-6 раз, разовая доза при этом не меняется. Период непрерывной наркотизации сменяется психофизическим истощением с дисфорией. Появляется отвращение к наркотику. Затем следует глубокий сон продолжительностью до 1-2 суток, после чего больные приходят в себя. Психическая зависимость толкает к очередному «циклу».

Таким образом, для кокаиновой интоксикации типичным является наличие двух противоположных состояний — эйфории и дисфории. В период «кокаинового цикла» эйфория переходит в дисфорию, которая вновь сменяется эйфорией после очередной дозы и т.д. Это продолжается до тех пор, пока развивающаяся толерантность не препятствует возникновению эйфории и не наступает стойкий депрессивно-дисфорический статус. Именно он сменяется сонливостью и сном.

Пристрастие появляется обычно в течение 1-2 лет с момента первого приема препарата. Кокаин не вызывает типичной физической зависимости, но психическая зависимость бывает столь сильна, что достигает компульсивного уровня.

При кокаиновой наркомании довольно часто возникают и соматические осложнения. Чаще встречаются осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, аритмии, мио-

кардиты, гипертоническая болезнь и инсульт. При злоупотреблении развивается стойкая сексуальная дисфункция.

При кокаиновой наркомании возможны достаточно стойкие ремиссии. Но даже если ремиссия продолжается несколько месяцев, в этот период наблюдаются рецидивы влечения к наркотику, сопровождающиеся депрессивными и дисфорическими переживаниями. Влечение может проявляться и без этих симптомов в виде своего рода воспоминания о вызываемой кокаином эйфории. Эпизоды выраженной тяги к наркотику могут встречаться спустя годы после последнего употребления. Они могут быть ситуационно обусловлены, а также спровоцированы употреблением других стимуляторов или алкоголя.

Итак, главное, что характеризует кокаиновую наркоманию — это достаточно быстрое развитие стойкой психической зависимости, которая определяет «поисковое» поведение, направленное на добывание наркотика. Кроме того, это быстрое нарастание физического истощения, острые психотические эпизоды и высокая социальная опасность.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других стимуляторов, включая кофеин

Психостимуляторы — это психотропные средства, оказывающие стимулирующее действие на ЦНС. Прием психостимуляторов устраняет чувство усталости, вызывает прилив сил и бодрости, стремление к деятельности, уверенность в собственных способностях. К группе психостимуляторов, обладающих наркогенностью, относятся кокаин (см. выше), амфетамин и его производные, эфедрин и его производные, эфедринсодержащие смеси, кофеин.

Наркомания амфетаминового типа. Злоупотребление амфетаминами в РФ в настоящее время распространено больше, чем кокаином, и составляет 2-3% в числе наркоманий. Амфетамины вводятся внутривенно или принимаются внутрь. В США, кроме того, получили распространение пригодные для курения формы метамфетамина (на сленге — «айс», от англ. ice — лед).

Острая интоксикация амфетамином вызывает приподнятое настроение, ощущение физической бодрости и ясности мышления, стремление к деятельности, иногда болтливость и излишнюю суетливость. Описаны две фазы острой интоксикации при внутривенном употреблении амфетамина [Личко А. Е., Битенский В. С, 1991]: 1) кратковременный «приход» и 2) «кайф» или эйфория, во время которой повышенный психический тонус может сочетаться с взбудораженностью, тревожностью, настороженностью и подозрительностью. По-существу — это гипоманиакальное или смешанное состояние, похожее на клинику шизоаффективного психоза.

Зависимость от амфетамина формируется быстро — через 2-3 недели нерегулярного приема или после 3-5 регулярных инъекций.

Первая стадия представлена синдромом психической зависимости. Отмечается рост толерантности, в основном, за счет учащения инъекций наркотика; слабеют соматические эффекты: перебои и боли в области сердца, головная боль, озноб, вздрагивания. Укорачивается острота «прихода». Фор-

мируется циклический ритм приема, заканчивающийся психофизическим истощением с отказом от приема наркотика и последующим сном (см. *кокаиновая наркомания).* Во *второй стадии* происходит изменение характера опьянения: период эйфории сокращается с 4 до 2 часов, слабеет яркость переживаний, исчезает «прилив», жажда многосторонней деятельности сменяется однотипной деятельностью. Толерантность максимальная — до 1 грамма фенамина в сутки и более. У некоторых больных в конце опьянения возникают приступы дисфории. Психическая зависимость выявляется в основном в ремиссии, на первом плане — зависимость физическая. Абстинентный сидром проявляется, прежде всего, соматовегетативными признаками: головная боль, сердцебиение и боли в сердце, одышка в покое, ощущение разбитости, судороги в мышцах, тремор. Поведение импульсивно, сознание сужено поисками наркотика. Затем появляется зевота, озноб и гипергидроз. Резко возрастает чувствительность к раздражителям, выражена тревога, страх. Постабстинентное состояние продолжается до 1-1,5 месяцев. Больные вялы, адинамичны, со сниженным настроением, плачут, убеждены в безнадежности своего состояния. Аппетит отсутствует. Масса тела продолжает снижаться. В *третьей стадии* сохраняется циклический прием наркотика, но циклы укорачиваются, и количество стимулятора уменьшается. Наркотик применяется, чтобы предотвратить абстинентный синдром. В опьянении проявляется деградация личности, падает сексуальность, может меняться сексуальная ориентация. Развивается опустошение психической деятельности, нарастает злобность, взрывчатость, агрессия. Настроение обычно депрессивное (апатическое или дисфорическое). Высок риск суицидных попыток. Характерно быстро нарастающее нравственно-этическое снижение.

Злоупотребление кустарными препаратами эфедрина и эфедринсодержащими смесями. Эфедрин содержится в различных видах травы эфедры, оказывает стимулирующее действие на ЦНС. В медицине применяется в виде эфедрина гидрохлорида и выпускается в виде таблеток, раствора, капель в нос. Входит в состав различных лекарственных смесей для лечения ринита, бронхита: растворов «солутан» и «бронхолитин», мази «синореф», таблеток «теофедрин» и т. д.

В последние десятилетия в РФ получила распространение эфедроновая наркомания, вызванная злоупотреблением эфедрина, прошедшего специальную обработку. По химической структуре эфедрон (на жаргоне — «джеф», «мулька», «марцефаль») близок к амфетамину. Из медицинских препаратов эфедрина кустарным способом получают также сильное наркотическое вещество — метамфетамин («винт», «ширка»), близкое по своей структуре к первитину. Эфедрон и первитин являются сильными психостимуляторами.

Эфедрон принимают внутрь и вводят внутривенно. Первитин вводят только внутривенно. Эфедроном начинают злоупотреблять в подростковом и молодом возрасте, обычно в группе сверстников.

При употреблении эфедрона внутрь эйфория развивается через 10-15 минут и сопровождается своеобразными психосенсорными расстройствами:

появляется необычная легкость в теле, ощущение «роста», «шевеления» волос на голове. Повышается настроение, появляется болтливость. Опьянение сопровождается сухостью во рту, исчезает аппетит, сон, наблюдается задержка мочеиспускания. Состояние интоксикации длится 6-8 часов.

При внутривенном введении как эфедрона, так и первитина больные отмечают две фазы интоксикации [Рохлина, 1999]. Первая — «приход» — ощущается наркоманом как расслабляющая волна, проходящая через все тело. Появляется чувство потери собственного веса, повышается настроение, появляется благодушие и уверенность в себе. Продолжительность первой фазы — 5-10, редко 20 минут. При введении первитина «приход» выражен сильнее: сразу после введения наркотика возникает ощущение нескольких волн, следующих друг за другом; ощущается приятный запах свежести. Появляется чувство «прозрения», эйфория выражена и описывается как «ошеломление, восторг, небывалое счастье». Больные сосредоточены на собственных ощущениях. Во второй фазе — фазе «кайфа» — проявляется непосредственный стимулирующий эффект. При эфедроновом опьянении наблюдается двигательное и речевое возбуждение. Субъективно ощущается прилив сил и энергии. Ускоряется процесс мышления, отмечается быстрая смена ассоциаций. Состояние может быть описано как гипоманиакальное. Усиливается сексуальное влечение. В связи с этим в подростковой среде распространено употребление эфедрона в разнополой компании с последующим промискуитетом. При употреблении первитина, кроме того, отмечается склонность к абстрактным рассуждениям, обдумыванию философских вопросов и т. д. На высоте интоксикации (чаще многодневной) может развиться острое психотическое состояние, проявляющееся в виде бреда преследования, слуховых и зрительных галлюцинаций, аффектов страха, тревоги.

По течению эфедроновая и первитиновая наркомания является одной из самых злокачественных. Как правило, она развивается в молодом возрасте. Зависимость иногда возникает после первой же инъекции (особенно при употреблении первитина). Устанавливается либо циклический ритм приема (более характерно для эфедрона), либо наркотик употребляется регулярно преимущественно в дневные часы (типичнее для первитина). При обоих вариантах злоупотребления резко страдает сон, что побуждает наркоманов прибегать к приему снотворно-седативных препаратов. По мере увеличения толерантности может осуществляться до 10-15 инъекций в сутки.

Абстинентный синдром формируется уже через несколько недель систематического приема и характеризуется наличием трех групп расстройств — нарушениями сна, аффективными расстройствами и астеническими проявлениями. Вначале возникает чувство усталости, слабость, мышечная вялость. Снижается настроение, больные чувствуют себя разбитыми, крайне переутомленными. Отмечается сонливость и днем, и ночью, резчайшая слабость, падение АД. Продолжительность острых явлений абстиненции при эфедроновой наркомании 4-5 суток, при первитиновой — 5-7 суток. При непрерывном варианте течения наркомании к этому могут присоединиться алгические и вегетативные расстройства в виде болей в позвоночнике и крупных сустав-

вах, насморк, заложенность носа, слезотечение, головная боль и головокружение. При непрерывном приеме наркотиков продолжительность абстинентного синдрома увеличивается.

У больных, употребляющих эфедрон и первитин, быстро развиваются изменения личности, происходит снижение сексуальности вплоть до импотенции. Быстро нарастают явления социальной деградации, интеллектуально-мнестическое снижение.

Наркомания вследствие злоупотребления экстази (МДМА). В последние 10 лет среди молодежи, в том числе и российской, стал популярен синтетический наркотик 3,4-метилендиоксиметамфетамин (МДМА), синтезированный еще 80 лет тому назад. Он получил название *экстази* в качестве «развлекательного наркотика», «наркотика дискотек». Часть исследователей, в том числе в США, относят его к галлюциногенам из-за способности вызывать галлюцинации при употреблении больших доз. Однако основным для него является стимулирующее действие, обусловленное наличием в его структуре метамфетамина (первитина). Галлюцинации могут возникать при употреблении больших доз и других стимуляторов.

Экстази употребляется в виде таблеток в разной дозировке и разного цвета преимущественно на дискотеках или других вечеринках. Опьянение выражается в состоянии необычного подъема; могут танцевать всю ночь напролет. На фоне стимулирующего эффекта могут возникать иллюзорные обманы восприятия, визуализация представлений, сексуальное возбуждение. Мозг находится как бы в тумане, течение мыслей невозможно остановить. По окончании действия отмечается слабость, сонливость, подавленное настроение, мышечные боли.

При регулярном употреблении экстази увеличивается толерантность. В это время употребление наркотика уже не вызывает эйфорию. При употреблении наркотика может появиться страх, раздражительность, неуравновешенность, неадекватные реакции, рассеянность внимания. Описаны также панические атаки, состояния тревоги и депрессии, судороги, параноидные психозы.

Среди наркоманов существует миф, что экстази является «безопасным» наркотиком. Однако кроме уже описанных выше психических нарушений, он вызывает и соматические осложнения: поражение печени, почек и миокарда, дегенерацию нервных окончаний, гипертермию до 40-42 °С с последующим тепловым ударом и возможным смертельным исходом. Описаны случаи кровоизлияния в мозг более чем через сутки после употребления экстази.

Злоупотребление самодельными препаратами, приготовленными на основе фенилпропаноламина, появилось в США в последние 10-15 лет. В последние несколько лет случаи злоупотребления зарегистрированы и в России. Препарат готовится кустарным способом путем обработки, сходной с обработкой эфедрина, средств от насморка «Колдакт», «Контаг», «Колдар» и др., содержащих фенилпропаноламид (ФПА), и до 2001 г. находившихся в свободной продаже в аптеках. После обработки ФПА приобретает амфетаминоподобный эффект.

На сленге наркоманов вещество, подобное эфедрону, называют «мулькой». Преобладает групповой характер приема наркотика. Картина опьянения напоминает эфедроновое, однако психостимулирующий эффект менее выражен. Психическая зависимость формируется быстро, уже после первых инъекций. В дальнейшем к наркотику формируется влечение, достигающее уровня компульсивного. Толерантность вырастает в 100 раз и более по сравнению с начальной дозой. Меняется характер опьянения: появляются элементы дереализации, элементарные слуховые обманы — стук, треск, шорох и т. д. Это сопровождается тревогой, страхом. Встречается и циклическая форма приема наркотика в течение 5-7 дней с последующим перерывом «на восстановление» в 2-4 дня, когда отмечается тяжелейшая астения и сонливость. Описаны проявления абстинентного синдрома, возникающие через 6-8 часов после последней инъекции в виде болей в спине, коленных и голеностопных суставах. Это сопровождается депрессией, дисфорией, астенией и выраженным влечением к наркотику.

Злоупотребление препаратами на основе ФПА вызывает тяжелые медицинские последствия: миокардиодистрофию с нарушениями ритма и возможностью внезапной смерти, тяжелые неврологические нарушения с развитием токсической невропатии и энцефалопатии.

Токсикомании, вызванные ненаркотическими стимуляторами, имеют общие черты с амфетаминовой наркоманией, но протекают мягче и не приводят к столь тяжелым последствиям. К ненаркотическим стимуляторам относятся лекарственные средства сиднокарб и сиднофен, кофеин, алкалоиды кофеина, содержащиеся в чае и кофе.

Опьянение сопровождается эйфорией, приливом сил, ясностью мышления, стремлением к деятельности. При регулярном приеме стимуляторов резко растет толерантность, которая может достигать 100-200 таблеток кофеина в сутки [Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000]. Длительный ежедневный прием стимуляторов вызывает истощение организма; их введение не дает уже эйфоризирующего эффекта, а лишь поддерживает относительно удовлетворительное самочувствие. В абстиненции ведущими признаками являются признаки истощения: разбитость, усталость, сонливость, вялость.

Хроническая интоксикация приводит к стойким нарушениям сна, потере массы тела, отсутствию аппетита. Фон настроения снижен. Деятельность перестает быть продуктивной, больные становятся конфликтными. В отдельных случаях развиваются состояния тревоги, страха; могут быть состояния астенической спутанности. У мужчин отмечается снижение потенции.

Хроническая интоксикация концентрированным чаем получила название чифиризма. Чифирь представляет собой кипяченую заварку чая из расчета 50 г на стакан воды. Иногда употребляют кофейную гущу («кофейный кисель»). Токсикомания чаще встречается в закрытых учреждениях, где резко затруднен доступ к наркотикам. Клиническая картина характеризуется двигательным и интеллектуальным возбуждением длительностью 4-5 часов.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления галлюциногенов (наркомании, вызванные галлюциногенами)

К галлюциногенам (психодилептикам), наиболее часто вызывающим зависимость, относятся синтетический наркотик диэтиламид лизергиновой кислоты (ЛСД), близкие к нему по структуре псилоцибин, диметилтриптамин (ДМТ), гармин и гармолин, встречающиеся в тропических лианах, соединения, близкие к амфетаминам — мескалин, а также МДМ и МДМА* . К галлюциногенам относят некоторые антихолинергические препараты — циклодол, атропин, скополамин и мускарин, а также так называемые псевдогаллюциногены (диссоциативные анестетики и холинолитики) — фенциклидин, кетамин и каллипсол.

Галлюциногены вызывают эйфорию и своеобразные изменения сознания, восприятия и мышления. Главное в действии галлюциногенов — вызов необычного эмоционального состояния, которое можно сравнить с чувством открытия, религиозного откровения, прозрения (состояние эйкнои). Все это происходит на фоне спонтанной психопатологической продукции: наплывов мыслей, галлюцинаций, иллюзий с элементами эйдетизма, дереализации и деперсонализации, расстройств схемы тела, а также помрачения сознания по типу делирия или сновидного состояния (онейроида) с космической, религиозной, мистической тематикой. Состояние опьянения от галлюциногенов получило название «трипа» от английского trip — путешествие.

Галлюцинации чаще всего бывают зрительными, хотя могут быть и слуховыми, и тактильными. Галлюцинаторные расстройства сопровождаются разнообразными, часто противоположными аффективными переживаниями: эйфория, экстаз, которые сменяются тревогой, паникой. Для эмоций характерно чувство доверия и распахнутости по отношению к окружающим. Обостряется восприятие цвета, музыки, запахов. Характерны синестезии, когда «звук видят, а цвет слышат». Отмечаются расстройства схемы тела, явления деперсонализации и дереализации, нарушение восприятия пространства и времени. Особенностью интоксикации ЛСД является «ощущение работы внутренних органов», оживление в памяти событий раннего детства, даже собственного рождения. Под воздействием галлюциногенов человек становится чрезвычайно внушаемым.

Длительность психических симптомов при приеме ЛСД продолжается до 12 часов, псилоцибина — до 6 часов, мескалина — 1-2 часа. Постинтоксикационный синдром характеризуется сниженным настроением, иногда с суицидными тенденциями. Продолжительность депрессии — от 1 дня до 1 недели.

Для лиц, злоупотребляющих галлюциногенами, характерны рецидивы психических расстройств через некоторое время после прекращения наркотизации. В одних случаях развиваются симптомы галлюцинаторно-параноид-

* См. раздел «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других стимуляторов, включая кофеин».

ного расстройства или галлюцинаторной депрессии, в других воспроизводятся фрагменты перенесенных в интоксикации переживаний в виде зрительных галлюцинаций и иллюзий. В американской психиатрии такие явления получили название «возвратных вспышек» (flashback). Продолжительность такой вспышки от нескольких минут до нескольких десятков часов [Kaplan H. I., Sadock B. J., 1991]. Кроме того, использование галлюциногенов может привести к затяжному интоксикационному психозу, спровоцировать манифестацию или рецидив эндогенного психического заболевания (шизофрении, аффективного психоза).

Галлюциногены не вызывают физической зависимости, однако формируют стойкую психическую зависимость. Толерантность при злоупотреблении наркотика растет, но быстро снижается в случае прекращения употребления. Кроме выраженного психопатологического действия, галлюциногены обладают и тератогенным эффектом.

Злоупотребление фенциклидином. В группе наркоманий, вызванных применением галлюциногенов, отдельно выделяют зависимость от фенциклидина (ФЦД), поскольку он также вызывает галлюцинации, однако механизм его действия иной.

ФЦД можно курить, принимать внутрь, вводить внутривенно, распылять и вводить «поверх других наркотиков» (марихуаны, героина, кокаина). Чаще его курят (иногда вместе с марихуаной). ФЦД в значительно большей степени вызывает пристрастие, чем галлюциногены.

Опьянение наступает через 5 минут после курения наркотика и длится 4-6 часов. Резко меняется поведение больного. Возникает легкая дезориентировка в окружающей обстановке, эйфория, расстройство схемы тела, зрительные и слуховые галлюцинации. Достаточно часто возникают и «плохие трипы», сопровождающиеся отрицательными эмоциями, паническим страхом и тяжелой депрессией. Отмечается выраженная лабильность аффекта.

При применении высоких доз (более 10 мг) отмечается дезорганизация мышления, психомоторное возбуждение, агрессия, недооценка окружающей обстановки. Именно поведенческие эффекты при передозировке ФЦД делают препарат опасным как для самого больного, так и для окружающих. Поскольку ФЦД обладает выраженным аналгезирующим эффектом, пациенты при возбуждении часто демонстрируют огромную силу, не ощущая при этом боли от разрывов сухожилий, мышц и переломов костей. Передозировка может сопровождаться судорогами, синдромами выключения сознания вплоть до комы. ФЦД подобно ЛСД не вызывает синдрома отмены, но способствует развитию быстрой психологической зависимости. При хроническом употреблении ФЦД развивается психоорганический синдром с выраженным снижением памяти, нарушением других когнитивных функций, сонливостью, депрессией. После приема высоких доз ФЦД психоз может длиться до 1 месяца.

Злоупотребление кетамином. Кетамин (и сходные по структуре и механизму действия каллипсол, кеталар) используется в медицинской практи-

ке в качестве средства для кратковременного наркоза. Злоупотребление им в качестве галлюциногена получило распространение в Северной Америке и Европе с 80-х, а в России с начала 90-х годов XX века. В России злоупотребление кетамином получило распространение главным образом в подростковой среде и среди медицинских работников.

Наркотический эффект кетамина напоминает эффект фенциклидина, но менее сильный и продолжительный. Вводится внутримышечно и внутривенно. Сутью переживаний является ощущение «распадения» окружающего мира. Эйфория характеризуется подъемом настроения, ощущением необычного блаженства, особой легкости тела, полета, расширения пространства. Отмечаются деперсонализация, дереализация и расстройства схемы тела. Затем возникают яркие зрительные галлюцинации, иногда космического, фантастического содержания. Теряется связь с окружающей действительностью. С удовольствием слушают музыку, иногда появляется ощущение, что сочиняют ее сами. Вторжение «в свой мир» внешних раздражителей нередко провоцирует агрессию, может развиться психомоторное возбуждение со злобой, агрессией, брутальными действиями. Известны случаи использования каллипсола в психиатрии и наркологии с целью резкого повышения внушаемости пациентов. С той же целью пытались использовать каллипсол и всевозможные «народные целители», а также представители тоталитарных религиозных сект.

Злоупотребление антипаркинсоническими средствами. Наиболее часто, особенно в подростковой среде, предметом злоупотребления служит циклодол (артан, паркопан).

Эйфорический эффект наступает от приема 3-5 таблеток (6-10 мг) циклодола. В отдельных случаях эйфория может наступить и от терапевтической дозы (2-4 мг). Опьянение наступает спустя 20-30 минут после приема препарата. В начальной фазе опьянения появляется чувство тепла в руках и ногах, легкость в теле. Звуки представляются четкими, краски — яркими и привлекательными. Житейские неприятности отходят на задний план. Подросток становится болтливым, все вокруг вызывает смех, движения ускоряются. Это состояние длится около 20 минут и сменяется следующей фазой. Появляется заторможенность в движениях, приятная тяжесть в конечностях, покалывание в различных частях тела. Иногда возникают дереализационные переживания, когда появляется ощущение, что обстановка вокруг меняется, все становится необычно ярким, звуки четкими. Могут быть отдельные зрительные и слуховые иллюзии, к которым сохраняется критика. На высоте эйфории вегетативные нарушения сводятся к гиперемии лица, тахикардии, колебаниям АД, расширению зрачка, иногда к параличу аккомодации (становится невозможным прочитать мелкий шрифт). Могут наблюдаться движения пальцев и кистей рук — что-то невидимое все время крутят в руках. Именно в этой фазе наркоман теряет ощущение собственного «Я», становится абсолютно безвольным и внушаемым. Вторая фаза продолжается от 2 до 4 часов. При приеме небольших количеств циклодола опьянение ограничивается только картиной эйфории без последующего помрачения сознания.

Вслед за эйфорией может наступить фаза наркотического сна. Во сне пациенты беспокойны, разбудить их не удается.

Если было принято достаточное количество препарата, то либо через 1-2 часа после его приема, либо после сна может развиться картина циклодолового делирия (третья фаза опьянения). Во время делирия преобладают яркие, красочные галлюцинации. Их содержание, как и аффективный фон, на котором они возникают, зависят от ситуации, предшествовавшей интоксикации, и эмоциональной реакции больного на эту ситуацию. Нередко наблюдается так называемый «симптом исчезающей сигареты»: у больного появляется ощущение, что между пальцами зажата сигарета, но когда ее подносят ко рту, она исчезает [Личко А. Е., Битенский В. С, 1991]. Циклодоловый делирий прерывается светлыми промежутками. Длительность психоза около суток. Затем наблюдается астения, вялость, сонливость днем и бессонница ночью.

У больных, длительно злоупотребляющих высокими дозами циклодола, выявляются расстройства памяти, внимания, снижения сообразительности, замедление мышления, а также падает способность к логическому мышлению. Развивается выраженное органическое слабоумие. Характерны вегетативные и неврологические проявления — порозовение щек в форме бабочки, алые губы, тремор пальцев, непроизвольные мышечные подергивания, повышение мышечного тонуса. Нередко уже 4-5-й по счету циклодоловый делирий заканчивается смертью.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака

Табакокурение получило распространение в России в конце 17-го — начале 18-го века. Табак содержит около 30 ингредиентов, большая часть из которых вредны для организма. Никотин — нейротропный яд, обладающий стимулирующим действием на ЦНС. Подсчитано, что большинству курильщиков для полного удовлетворения требуется, по крайней мере, 10 выкуренных сигарет или 10-40 мг никотина (в среднем 1-2 мг никотина в одной сигарете) в день. Острая никотиновая интоксикация может возникнуть у начинающих курильщиков с низкой толерантностью, а также у детей в случае употребления никотина внутрь (поедание сигарет, окурков). Симптомы отравления никотином включают тошноту, рвоту, обильное слюнотечение и боль в животе, тахикардию и подъем АД, одышку, сужение зрачка. В выраженных случаях отмечается спутанность сознания и возбуждение, расширение зрачка, сонливость, судороги и кома.

Помимо никотина в легкие попадают канцерогены — бензпирен и его производные. Курение является основной причиной возникновения ряда онкологических заболеваний. Стадии никотинового синдрома развиваются индивидуально и зависят от времени начала курения, пола, возраста, физического состояния индивида. Постепенно формируется психическая зависимость, а впоследствии и физическая со своеобразным синдромом отмены. Курение и никотиновая зависимость имеют три компонента: 1. Прекраще-

ние потребления никотина вызывает развитие абстинентного синдрома, проявление которого достигает пика через 24-28 часов после прекращения курения. К ним относятся: чувство тревоги, дискомфорта, нарушение сна, раздражительность, нарушение способности концентрировать внимание, сонливость, повышенный аппетит и головная боль, усиление кашля в утренние часы, страстное желание покурить. Выраженность этих симптомов снижается через две недели. 2. Курение сигарет — привычка, которая часто возникает в ответ на стресс или от скуки. Привычка проявляется в том, чтобы подержать сигарету, поднести ее ко рту, вдыхать дым. Эти поведенческие реакции в дальнейшем закрепляются в результате активации никотином ЦНС. 3. Быстрое изменение уровня никотина в мозге после вдыхания дыма приводит к приятному ощущению. Эти три компонента зависимости и делают трудным прекращение употребления сигарет.

На действие никотина развивается толерантность. Описан ежедневный цикл курения: после дневного курения в течение 6-8 часов устойчивость к эффектам никотина к утру в основном исчезает. Поэтому многие курящие описывают сильный эффект первой выкуренной сигареты. С каждой последующей сигаретой толерантность возрастает, а в промежутках между курением появляются признаки синдрома отмены.

Курение является одной из причин развития нервных расстройств у подростков. Они становятся раздражительными, вспыльчивыми, плохо спят, появляется рассеянность, ослабевает внимание, нарушается память, умственная деятельность. Скрывая свой порок, курят тайком, торопливо затягиваются — при этом в два раза увеличивается концентрация никотина в дыме. Причиной курения в детском возрасте является, прежде всего, любопытство, желание показать себя перед сверстниками, «стать взрослым». Первое знакомство с табаком редко бывает успешным — появляются побочные действия никотина в виде тошноты, головокружения, головной боли, кашля и т. д. Однако желание «быть как все» толкает подростка на продолжение проб. Постепенно наступает привыкание, исчезают побочные симптомы, появляется приятное ощущение, начинает расти толерантность. Все это подкрепляется положительной эмоциональной реакцией подростка, что «теперь стал как взрослый». В последнее время растет число курящих девочек (эмансипация). Для растущего женского организма никотин еще вреднее.

Активная, планомерная борьба с курением в США, проводившаяся на правительственном уровне, привела к тому, что потребление сигарет с 41% в 1962 г. снизилось к 1992 г. до 25%. В молодежной среде курить стало «немодно».

Иная картина отмечается у нас в стране. По данным социологического исследования, доля курящих среди молодежи в возрасте от 12 до 22 лет составляет 61,3%., причем среди юношей курят 68,6%, а среди девушек — больше половины (53,9%). Подростки начинают курить уже в 10-11 лет, а к 13 годам курит уже каждый второй. Курение подростков, помимо медицинских, имеет и финансовые последствия: подсчитано, что курящий тратит на сигареты 3 330 рублей в год.

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления летучих растворителей (токсикомании, вызванные летучими ароматическими веществами)

Летучие ароматические вещества (ЛАВ), летучие ингалянты — вещества, которые вдыхают с целью получить токсическое опьянение.

Опьяняющий эффект достигается несколькими вдыханиями. Опьянение имеет свои особенности у разных ЛАВ [Личко А. Е., Битенский В. С, 1991]. Так, при опьянении от паров бензина сперва возникает раздражение верхних дыхательных путей, затем происходит покраснение лица и глазных склер, расширяются зрачки. Нарушается координация движений, речь становится дизартричной. Затем возникает эйфория без заметного усиления двигательной активности. Если в данный момент прекратить ингаляцию, то признаки опьянения проходят за 15-30 минут и сменяются вялостью, головной болью, раздражительностью. Если ингаляция продолжается, то на высоте эйфории сознание утрачивает ясность, окружающее воспринимается иллюзорно, развивается делирий.

Опьянение парами пятновыводителей также имеет свои особенности. Эйфория выражена очень ярко — лицо расплывается в блаженной улыбке, подросток начинает громко хохотать. Имеются сенестопатии в виде своеобразных ощущений, идущих от кожных покровов: покалывание, «приятное жужжание», «как под током». Далее следует визуализация представлений — «что захочу, то и увижу». Сами подростки называют эти ощущения «глюками» или «мультиками». При длительно продолжающейся ингаляции может возникнуть онейроидное помрачение сознания. Видения уже не возникают «по заказу», а перед подростком развертываются сценоподобные галлюцинации, нередко фантастического содержания, напоминающие увлекательный фильм. Ощущение, что эти переживания нереальны, сохраняется. Опьянение парами ацетона внешне напоминает картину тяжелого опьянения парами пятновыводителей. При тяжелом опьянении вслед за онейроидом может последовать сопор, а затем кома.

Для ингаляции *паров клея* (максимальную «популярность» с 80-х годов приобрел клей «Момент») используют целлофановые мешки. Раньше подростки натягивали их на голову целиком. После многочисленных смертельных случаев от асфиксии подростки стали прикладывать мешок к лицу, чтобы при достижении выраженного опьянения его уронить: тогда вытрезвление происходит само собой. Помимо эйфории наиболее характерным является наплыв галлюцинаторных зрительных образов («мультиков»). Нередко содержанием «мультиков» являются подростковые сексуальные фантазии. Подростки могут быть часами увлечены подобными видениями, периодически «добавляя дозу». Внешнее препятствие продолжению ингаляций вызывает озлобление, иногда агрессию.

Синдром зависимости при злоупотреблении ЛАВ проявляется выраженным стремлением к наркотизации. Учеба, семья у подростка отходят на второй план. Формируется группа из 2-3 человек, нюхающих ЛАВ. Группа

формируется по месту жительства или по месту учебы. Применение ЛАВ — проявление группового поведения подростков. Зависимость поначалу носит групповой характер. Ингалянтами пользуются почти исключительно мальчики (до 97%). Большинство начинает злоупотреблять в младшем или среднем подростковом возрасте (12-14 лет), хотя бывают случаи злоупотребления уже в 9-11 лет. В старшем подростковом возрасте большая часть прекращает злоупотребление ЛАВ. Многие переключается на злоупотребление алкоголем.

Из-за быстрого наступления энцефалопатии А. Е. Личко, В. С. Битенский (1991) считают, что при злоупотреблении ЛАВ I стадия, минуя вторую, сразу переходит в III стадию исхода заболевания. Кроме непосредственных тяжелых последствий злоупотребления ЛАВ, исследования показали, что подростки, злоупотребляющие ингалянтами, оказались группой высокого риска развития хронического алкоголизма (37% к возрасту 23-37 лет). В то же время утех подростков, кто эпизодически употреблял алкоголь без ингалянтов, уровень алкоголизма составил 6% к 23 годам и 11% к 32 годам [Попов Ю. В., 1987].

Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления наркотиков (полинаркомании)

Полинаркоманией называется злоупотребление двумя или более наркотиками. В.В. Дунаевский и В. Д. Стяжкин (1991) выделяют три причины полинаркоманий: 1. Ранее применяемый наркотик не приносит желаемого эффекта в силу нарастающей толерантности, поэтому присоединяется более сильный наркотик. Так, например, описано совместное курение гашиша и опия. В настоящее время к использованию препаратов конопли чаще присоединяется героин. 2. При всех наркоманиях, особенно при злоупотреблении стимуляторами, наступает нарушение сна, что заставляет прибегать к употреблению снотворных, от которых формируется зависимость. 3. Привычный наркотик становится недоступен, тогда начинают использовать более доступный, например, снотворные, алкоголь, токсические вещества. Это отмечается чаще на третьей стадии из-за финансовых проблем наркомана.

Существуют три варианта комбинированного употребления наркотиков: 1. Сочетанное употребление — одномоментное введение двух и более наркотиков или применение следующего наркотика в состоянии интоксикации предыдущим. 2. Перемежающее употребление — применение следующего наркотика сразу по окончании действия предыдущего. 3. Периодическое употребление — чередование периодов применения разных наркотических средств и их сочетаний.

В настоящее время отмечается рост сочетанного употребления наркотиков: среди общего числа больных наркоманией растет удельный вес больных с полизависимостью от разных веществ. Кроме того, в арсенале наркотических средств с течением времени появляются все новые вещества, в том числе самодельные, как правило, обладающие высокой наркогенностью. Сочетанная зависимость к двум и более препаратам может развиваться в одном спектре

психоактивных веществ (например, депрессантов ЦНС): алкоголь — снотворное — опиаты. Вместе с тем, в последние годы все чаще встречается сочетанное применение кустарно изготовленных препаратов, относящимся к разным спектрам психоактивных веществ, каждый из которых обладает максимально высокой наркогенностью. Речь идет об опийно-эфедроновой полинаркомании, которая является одной из самых злокачественных.

Традиционно считалось, что опийные наркоманы не употребляют алкоголя и даже испытывают к нему отвращение. В настоящее время, особенно в молодежной среде, отмечается рост сочетанного употребления опиатов и алкоголя, вплоть до развития хронического алкоголизма на фоне наркомании, или наоборот.

В целом, клиническая картина полинаркоманий всегда более тяжелая, так как определяется не простой суммой действия двух наркотиков, а результатом их взаимодействия.

ОСОБЕННОСТИ ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Употребление ПАВ в наши дни характеризуется новыми и крайне опасными тенденциями. Прежде всего, это снижение возраста начала употребления наркотиков. Еще несколько лет назад в ряде отечественных и зарубежных руководств можно было прочесть, что средний возраст начала употребления наркотических препаратов составляет 17-18 лет [Пятницкая И. Н., 1994; Фридман Л. С. и др., 1998]. Теперь же этот возраст снизился до 14 лет; перестали быть казуистическими случаи начала употребления сильных наркотиков в 12-, 10-летнем и еще более молодом возрасте [Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000]. Другой тенденцией является стирание половых различий у подростков, употребляющих наркотики. Ранее всегда абсолютно лидировали мальчики-подростки, девочки составляли от 10 до 15% наркоманов [Личко А. Е., Битенский В. С, 1991]. В настоящее время соотношение мальчиков и девочек составляет 3 : 1 за счет резкого увеличения числа подростков женского пола, употребляющих наркотические вещества. Третьей тенденцией является стремительный рост наиболее тяжелой формы наркомании — опиатной, а среди вариантов опиатной — наиболее злокачественной героиновой наркомании.

Согласно данным официальной статистики, только за период с 1994 по 1999 г. число подростков, состоящих на учете по поводу наркозависимости, увеличилось почти в 4 раза и составило в Санкт-Петербурге 104 человека на 100 000 населения. В 2000 г. эта цифра по России составила 125,1 на 100 000. По сравнению с 1991 г. она увеличилась почти в 17,5 раз. Если сопоставить показатели заболеваемости подростков и всего населения в целом, то оказывается, что уровень заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями среди подростков выше, чем среди всего населения.

В ряду различных форм зависимости на первое место вышла самая злокачественная — героиновая (до 90%). Еще пять лет назад опийная наркомания составляла 50-60% всех наркоманий [Шабанов П. Д., 1999], а героиновая форма была представлена единичными случаями.

Удельный вес подростков среди всех наркоманов к концу века превысил 25%, что свидетельствует о значительном «омоложении» наркотической зависимости. В настоящее время до 40% подростков имеют опыт употребления наркотиков, причем первая проба у 41% происходила в возрасте от 11 до 14 лет, а у 51% — в возрасте 15-17 лет [Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000]. Среди выпускников петербургских школ с наркотиками уже «знакомы» 20-25% учащихся.

Традиционно в наркологии принято выделять «группы риска», то есть тех подростков, которые в силу разных обстоятельств могут стать наркоманами. Одним из важных факторов, определяющих попадание подростка в группу риска, считается наличие наркоманов среди ближайшего окружения (родственники, друзья, одноклассники и т. д.). Исходя из приведенных выше данных, можно говорить, что сейчас все подрастающее поколение попадает в группу риска по наркозависимости.

Таким образом, подростки оказались наиболее пораженной частью общества, потребляющей ПАВ. За последнее десятилетие произошел не только количественный рост наркопотребления, но и качественное его изменение: произошло утяжеление контингента потребляющих наркотики и увеличилась доля подростков со сформировавшейся химической зависимостью.

Подростковый возраст как фактор риска развития аддиктивного поведения

Подростковый возраст (пубертатный период) с давних пор считается фактором, способствующим развитию алкоголизма и токсикомании [Личко А. Е., Битенский В. С, 1991]. Известно, что если аддиктивное поведение начинается с подросткового периода, то риск формирования химической зависимости оказывается высоким. Так, до 75% алкоголиков и наркоманов начинают употреблять психоактивные вещества, будучи подростками.

В подростковом возрасте, в период полового созревания, поведение в значительной степени определяется характерными для этого периода жизни реакциями эмансипации, группирования со сверстниками, увлечениями (хобби), имитации и формирующимся сексуальным влечением [Личко А. Е., 1985]. Именно эти реакции могут оказаться факторами, как способствующими злоупотреблению психоактивными веществами, так и препятствующими аддиктивному поведению. Поэтому имеет смысл подробнее остановиться на поведенческих реакциях пубертатного периода.

Реакция эмансипации проявляется стремлением высвободиться из-под опеки, контроля, руководства, покровительства со стороны родных, воспитателей, преподавателей, вообще всех старших по возрасту, от установленных ими порядков, правил и законов. Все, что уважается и ценится взрослыми,

подростками отвергается. Реакция эмансипации может быть направлена как на конкретных взрослых (родители, учителя и т. д.), так и на все взрослое поколение в целом. В последнем случае, когда реакция эмансипации сочетается с реакцией группирования со сверстниками, поведение может становиться антисоциальным, достигать уровня молодежного бунта.

Одним из проявлений реакции эмансипации служит особая форма поведения, которая получила название «отравление свободой» [Личко А. Е., Битенский В. С, 1991]. Подобное поведение развивается, когда строго регламентированная жизнь подростка сменяется полной свободой, а повседневная опека — самостоятельностью. Все это может случиться, когда подросток вырывается из-под подавляющей семейной опеки, при окончании учебного заведения, побеге из воспитательно-трудового учреждения, при выписке из больницы после длительной госпитализации и т. д. При «отравлении свободой» поведение подростка становится противоположным тому, что от него требовалось раньше. Привлекает именно то, что не дозволялось. Поэтому «отравление свободой» будет способствовать аддиктивному поведению с поисковой мотивацией, то есть стремлению попробовать все, испытать на себе действие тех дурманящих веществ, которые можно раздобыть.

Реакция увлечения (хобби), в отличие от реакции эмансипации, как правило, препятствует аддиктивному поведению. Более того, появление стойких интересов и увлечений способствует резкому сокращению приема спиртных напитков в старшем подростковом и юношеском возрасте [Попов Ю. В., 1987].

Особенно противодействующим фактором являются интеллектуально-эстетические хобби (увлечение литературой, музыкой, живописью, историей, философией и т. д.). Телесно-мануальные хобби (стремление развивать силу, ловкость, достигать высоких спортивных результатов и т. д.) препятствуют аддиктивному поведению. Однако эти увлечения могут подтолкнуть подростка к злоупотреблению допингами в виде анаболических стероидов и/или стимуляторов, чтобы добиться максимальных достижений.

Единственное исключение составляет особый вид хобби, названный информационно-коммуникативным [Личко А. Е., Битенский В. С, 1991]. Такие подростки все время отдают бездумному общению со сверстниками, поглощению и обмену малозначимой и не требующей никакой интеллектуальной переработки информацией. Отсюда следует тяготение к асоциальным компаниям сверстников. Такое поведение легко сочетается со злоупотреблением алкоголем, знакомством с различными наркотическими и токсическими веществами. Однако главным побудительным мотивом и фактором, способствующим аддиктивному поведению, является не сама жажда новой информации, а влияние асоциальных компаний, где этой информацией обмениваются.

Реакция имитации, то есть стремление подростка копировать поведение, манеру общаться и одеваться, вкусы и пристрастия людей, обычно более старших по возрасту, к которым он испытывает положительные чувства — от уважения до слепого почитания и обожания кумира. В качестве объекта имитации могут выступать эстрадные и музыкальные звезды, киноактеры,

любые известные личности, либо лидеры своей подростковой среды, пользующиеся авторитетом и уважением.

Реакция имитации может как способствовать, так и препятствовать аддиктивному поведению. Если объект или объекты имитации ведут образ жизни, связанный с употреблением алкоголя и наркотиков, то и подросток будет следовать их примеру. Наоборот, если «кумир» ратует за здоровый образ жизни, интересные увлечения, занятия спортом, то его поведение будет играть роль достаточно мощного антинаркотического фактора.

Отдельно следует сказать о так называемой отрицательной реакции имитации, когда подростки из асоциальных семей строят свой образ жизни исходя из противоположного, что видели в родительских семьях. Такие подростки становятся абсолютными трезвенниками и категорически осуждают употребление любых психоактивных веществ, прилежно учатся, достигают карьерного роста, строят благополучные семьи. К сожалению, это встречается существенно реже, чем обратное: влияние неблагополучной семьи является достаточно мощным фактором, способствующим аддиктивному поведению.

Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением, в определенной мере могут влиять на выбор психоактивных веществ и даже способствовать злоупотреблению ими. Некоторые из летучих ароматических соединений (ингалянтов) способствуют визуализации представлений («что захочу, то и увижу»), в том числе сексуального содержания. Подобные визуализированные сексуальные представления сопровождаются сексуальным возбуждением вплоть до оргазма. На сленге подростков это иногда обозначается словами «смотреть стриптиз». Подобная сексуальная мотивация злоупотребления ингалянтами свойственна подросткам младшего подросткового возраста.

Препараты, получаемые из эфедрина и эфедринсодержащих смесей, обладают свойствами сильного сексуального допинга и могут использоваться подростками, уже ведущими половую жизнь. В подростковой среде бытует расхожее мнение, что курение препаратов конопли также способствует повышению потенции и делает сексуальные ощущения особо острыми и привлекательными. В данном случае речь идет о растормаживающем действии конопли, устранении социальных и психологических тормозов. С той же целью нередко используется и алкоголь.

Реакция группирования со сверстниками является ведущим социопсихологическим фактором, способствующим аддиктивному поведению [Личко А. Е., Битенский В. С, 1991]. Основным мотивом приобщения к ПАВ в группе сверстников является стремление быть как все.

Группа сверстников для подростка служит, во-первых, важным каналом информации, которую он не может получить от взрослых; во-вторых, новой формой межличностных отношений, в которой подросток познает окружающих и самого себя; в третьих, группа представляет новый вид эмоциональных контактов, невозможных в семье.

Следует отметить, что в разные периоды подросткового возраста происходит изменение отношения к наркотикам. Г. В. Латышев с сотр. (1991) на базе Центра профилактики наркоманий г. Санкт-Петербурга провели иссле-

дование, как в разных возрастных группах происходит накопление знаний о наркотиках и формируется отношение к ним.

10-12 лет

Интересует все, что связано с наркотиками — их действие, способ употребления. О последствиях злоупотребления если и слышали, то всерьез не воспринимают. Сами наркотики не употребляют (возможна токсикомания), с употребляющими знакомы единицы. Знания отрывочны, недостоверны, получены с чужих слов.

12-14 лет

Основной интерес вызывает возможность употребления «легких» наркотиков, причем марихуана в качестве наркотика не признается. О существовании глобальной проблемы задумываются лишь некоторые, пробовали наркотик немногие — из любопытства, знакомы с потребителями многие. О наркотиках знают много — из опыта знакомых или по рассказам. Многие сведения недостоверны. Опасность злоупотребления сильно недооценивается. Говорят о проблеме только между собой.

14-16 лет

По отношению к наркотикам формируются три группы.

1. *Употребляющие и сочувствующие* — интересуют вопросы, связанные со снижением риска при употреблении без наличия зависимости. Употребление наркотиков считается признаком независимости. Среди членов этой группы много лидеров.
2. *Радикальные противники* — «сам никогда не буду и не дам гибнуть другу». Многие из членов этой группы считают употребление наркотиков признаком слабости и неполноценности.
3. *Не определившие своего отношения к наркотикам.* Значительная их часть может начать употребление под влиянием друзей.

16-18 лет

Группы сохраняются, но число неопределившихся значительно уменьшается. Качественно меняется содержание знаний о наркотиках: они детализируются и становятся более объективными.

В группе *употребляющих и сочувствующих* пожинают первые плоды, в связи с этим большой интерес вызывают криминальные последствия употребления и скорость развития процессов, влияющих на здоровье. Глобальной проблемой наркоманию считают немногие.

Среди *радикальных противников* растет число людей, осознающих необходимость активных действий, направленных на изменение ситуации.

Аддиктивное поведение

В последние годы в отечественной литературе все чаще используется английский термин аддиктивное поведение (addictive behavior), которым называют злоупотребление различными веществами, изменяющими психичес-

кое состояние, включая алкоголь и курение табака, до того, как от них сформировалась зависимость [Кулаков С. А., 1989]. Ц. П. Короленко (1991, 2000) дает более широкую трактовку определения аддиктивного поведения: это «одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активных видах деятельности, что сопровождается развитием интенсивных эмоций».

С точки зрения А. Е. Личко и В. С. Битенского (1991), для подростков термин аддиктивное поведение представляется наиболее адекватным, поскольку указывает на то, что речь идет не о болезни, а о нарушениях поведения. Авторы выделяют два пути, по которым развивается аддиктивное поведение. В первом случае подростки пробуют различные ПАВ: бензин, клей, затем алкогольные напитки, не гнушаясь при этом предложенных таблеток или сигарет с марихуаной. Последовательность употребления может быть различной, экспериментирование продолжается до того момента, пока не будет окончательно выбрано наиболее предпочитаемое вещество. Иногда злоупотребление обрывается раньше.

Во втором — наблюдается злоупотребление только одним каким-нибудь ПАВ (бензин, алкоголь и др.). Раннее сосредоточение на одном наркотике обычно связано с недоступностью других, реже происходит произвольный выбор.

Д. Д. Исаев и соавт. (1997) описывают несколько моделей аддиктивного поведения или пристрастия к наркотикам:

Успокаивающая модель. Это один из наиболее распространенных вариантов применения ПАВ и наркотиков с целью достижения душевного спокойствия. Их употребление направлено на снятие напряжения, на то, чтобы расслабиться, успокоиться, забыться, уйти от неприглядной или опасной действительности, от неразрешимых жизненных проблем. Отдельные подростки употребляют ПАВ для изменения эмоционального состояния: тревоги, депрессии, апатии.

Коммуникативная модель. Эта модель пристрастия к наркотикам может возникнуть в связи с неудовлетворенными потребностями в общении, любви, доброжелательности. Прием ПАВ облегчает общение со сверстниками своего и противоположного пола. Преодолевается чувство замкнутости, стеснительности, появляется уверенность в своих возможностях.

Активирующая модель. Некоторые подростки применяют ПАВ для подъема жизненных сил, бодрости, усиления активности. Будучи неуверенными в своих силах и возможностях, имея пониженную самооценку, подростки пытаются достичь противоположного — уверенности, бесстрашия, раскованности.

Гедонистическая модель. Употребление ПАВ используется также и для получения удовольствий, приятных ощущений, психического и физического комфорта. Они стремятся создать фантастический мир галлюцинаторных образов, пережить блаженное состояние эйфории.

Конформная модель. Стремление подростка подражать, не отставать от сверстников, быть принятым группой может привести к потреблению ПАВ с этой целью. Развитие этой модели связано со стремлением подражать лидерам, некритически перенимать все, что касается коллектива, к которому принадлежит подросток.

Манипулятивпая модель. Возможно использование ПАВ для манипулирования другими, для их эксплуатации, для изменения ситуации в собственную пользу, для достижения тех или иных преимуществ. Демонстративные подростки, например, желая привлечь к себе внимание своей необычностью, способностью добиться лидирующего положения, охотно пользуются наркотиками и алкоголем.

Компенсаторная модель. Эта модель поведения определяется необходимостью компенсировать какую-то неполноценность личности, дисгармонии характера.

Американские исследователи предлагают три теории (модели) приобщения подростков к ПАВ. Каждая из этих теорий отражает те или иные факторы, способствующие развитию зависимости. Согласно *теории проблемного поведения* неуважение к власти и нравственным устоям приводит к употреблению наркотиков. *Теория стадий* рассматривает этапность приобщения к наркотикам: сперва употребляются слабые наркотики — сигареты и алкоголь, затем более сильные — стимуляторы, опиаты, кокаин. В соответствии с *теорией группы сверстников* потребление ПАВ у подростков начинается в своей компании, чтобы «не быть хуже других».

Особенностью аддиктивного поведения является то, что оно по существу не является заболеванием. Медикаментозное лечение в этих случаях может быть направлено на детоксикацию, если в этом есть необходимость, а методы психотерапии используются с целью психопрофилактики. Главным же при аддиктивном поведении являются не медицинские, а психосоциальные воздействия.

А. Е. Личко (1985) подчеркивал, что важную роль в развитии аддиктивного поведения играют преморбидные особенности личности, точнее особые типы акцентуации личности.

На примере ранней алкоголизации у подростков можно проследить, как та или иная акцентуация влияет на становление алкогольного варианта аддиктивного поведения. Подростки с акцентуациями неустойчивого, инертно-импульсивного, гипертимного и демонстративно-гиперкомпенсаторного типов наиболее склонны к выпивкам. Алкоголизация у неустойчивых — это результат их неспособности переносить фрустрации, тяготения к легким развлечениям, способности легко попадать под дурное влияние. Побудительный мотив — получить веселое настроение. Это перекликается с мнением К. Леонгарда (1989), что общей характерологической особенностью, которая предрасполагает к алкоголизму, является сниженная способность к самоконтролю, тенденция действовать по минутному впечатлению. У неустойчивых чаще встречаются неглубокие степени опьянения. Сходный с неустойчивыми тип алкоголизации отмечается и у гипертимных подрос-

тков. У инертно-импульсивных подростков картина алкоголизации иная: короткая стадия эйфории, затем опьянение по дисфорическому типу — агрессия, аутоагрессия, может быть сексуальное насилие. Они напиваются до тяжелых степеней опьянения. Для них алкоголизация — это своеобразная «разрядка» накопившегося напряжения и раздражения. Подростки с демонстративно-гиперкомпенсаторной акцентуацией личности и в алкоголизации остаются демостративными — преувеличивают степень опьянения, с пафосом рассказывают сверстникам о большом количестве спиртного, которое они могут выпить. Иногда изображают алкогольных эстетов: рассказывают сверстникам, что они употребляют только элитные алкогольные напитки, причем определенного сорта. Такое поведение носит гиперкомпенсаторный характер.

А. Е. Личко (1983; 1985) подчеркивал, что именно акцентуанты неустойчивого круга наиболее подвержены риску развития аддиктивного поведения в целом, поскольку именно у них наиболее развита реакция группирования со сверстниками, слабое и диффузное Эго и низкий порог фрустрационной толерантности [Эйдемиллер Э. Г., 1994]. В более поздних исследованиях особенностей акцентуаций личности подростков с аддиктивным поведением и наркоманией было выявлено преобладание инертно-импульсивного и демонстративно-гиперкомпенсаторного истероидного типа. Приводятся данные о преобладании различных типов акцентуаций при разных формах наркомании: среди больных эфедроновой наркоманией чаще всего встречаются демонстративно-гиперкомпенсаторные акцентуанты, а среди опийных наркоманов — инертно-импульсивные [Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000].

Клинические и психологические аспекты раннего алкоголизма

Сам по себе ранний (или подростковый) алкоголизм формируется в возрасте от 13 до 18 лет и подразумевает развитие хотя бы первой стадии заболевания. Диагноз раннего алкоголизма (I стадия) ставится на основании следующих критериев: 1) появление индивидуальной психической зависимости (алкоголизация становится главным интересом в жизни, начинают пить 2-3 раза в неделю, нередко в одиночку); 2) повышение толерантности к спиртному; 3) утрата рвотного рефлекса; 4) утренняя анорексия (отсутствие аппетита); 5) палимпсесты (частичная утрата памяти) опьянения.

Алкоголизм у подростков встречается не очень часто, поскольку алкоголизм как заболевание развивается в течение определенного промежутка времени и зачастую не успевает сформироваться к совершеннолетию. Наиболее актуальной проблемой в этом возрасте является ранняя алкоголизация, которая и приводит к формированию алкоголизма к возрасту 20-22 лет. Ранняя алкоголизация — это знакомство со спиртным до 16 лет и регулярное его употребление в старшем подростковом возрасте [Личко А. Е., Битенский В. С, 1991]. Ранняя алкоголизация рядом авторов рассматривается как

нарушение поведения [Личко А. Е., 1985; Личко А. Е., Битенский В. С, 1991; Сидоров П. И., Митюхляев А. В., 1999], требующее скорее психолого-педагогической, а не медицинской коррекции.

На этапе ранней алкоголизации при ее переходе в алкоголизм у подростков отмечается феномен групповой психической зависимости, когда тяга к спиртному возникает исключительно в «своей» компании. За пределами «своей» группы тяготения к алкоголю нет: с чужими и малознакомыми не пьют. Отрыв от группы прекращает алкоголизацию. Наличие групповой психической зависимости не свидетельствует о наличии хронического алкоголизма, а лишь угрожающим предвестником его. С точки зрения А.Е. Личко (1985), групповая зависимость является проявлением аддиктивного поведения подростков.

Проблема злокачественности раннего алкоголизма неоднозначна. Традиционным является представление, что ранняя алкоголизация в подростковом возрасте неминуемо ведет к злокачественному алкоголизму. В то же время, в последние десятилетия преобладает точка зрения, что злокачественное течение алкоголизма отмечается только у подростков с преморбидной отягощенностью [Личко А. Е., 1985; Пятницкая И. Н., 1988; Личко А. Е., Битенский В. С, 1991; Шабанов П. Д., 1999].

Как правило, ранний алкоголизм свидетельствует об изначальной психопатичности. По данным разных авторов, число случаев психопатии при алкоголизме колеблется от 25 до 52% [Сидоров П. И., Митюхляев А. В., 1999]. Наиболее часто ранний алкоголизм формируется у неустойчивых и эпилептоидных психопатов. У неустойчивых формирование происходит медленно — как следствие регулярных выпивок, часто в асоциальных компаниях. Параллельно алкоголизации происходит нарастание делинквентности. При эпилептоидной психопатии путь иной: после тяжелых первых опьянений с агрессией и аутоагрессией может пробудиться компульсивное влечение пить «до отключки». Это одно из проявлений нарушения влечений при эпилептоидной психопатии. Эпилептоидные психопаты легко переходят к алкоголизации в одиночку. Деньги при этом вымогают у близких и сверстников. С другой стороны, при психастенической и сенситивной психопатии ранняя алкоголизация встречается крайне редко.

В. А. Гурьева и В. Я. Гиндикин (1980) указывают, что наиболее подверженными развитию ранней алкоголизацией оказались возбудимые (эпилептоидные) психопаты — около 40% психопатических личностей, страдающих бытовым пьянством, далее шли истерические и неустойчивые (по 18,4%), мозаичные (14,5%). Реже всего встречались шизоидные, психастеники и тормозные. При трансформации ранней алкоголизации в алкоголизм обнаружена достоверная большая частота неустойчивых психопатов (42,8% от общего числа неустойчивых психопатических личностей против 22,5% с остальными типами психопатий).

Кроме психопатий, злокачественное течение алкоголизма отмечается у умственно отсталых подростков, подростков с резидуально-органической мозговой недостаточностью, у подростков с черепно-мозговыми травмами.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

Первый этап предусматривает прерывание запоя, устранение основных симптомов абстинентного синдрома, а также нормализацию основных показателей соматического состояния больного.

На этом этапе проводится детоксикационная терапия, направленная на удаление из организма алкоголя и продуктов его метаболизма. Для этого используют плазмозамещающие солевые растворы, мочегонные средства, противоинтоксикационные препараты. Чаще используют внутривенные капельные вливания, причем больной в течение суток должен получить не менее 1,5-2 л растворов. В последние годы с успехом применяют гемосорбцию и энтеросорбцию.

Кроме того, проводится психофармакологическое лечение, которое оказывает седативное, противотревожное действие в период абстиненции, а также уменьшает патологическое влечение к алкоголю. Используются транквилизаторы (чаще диазепам* или феназепам) и антидепрессанты. В случае риска возникновения алкогольного психоза в небольших дозах используются нейролептические препараты. Параллельно вводятся ноотропные препараты (пирацетам), повышающие устойчивость мозга к токсическому воздействию алкоголя и его метаболитов. Кроме того, для компенсации вторичного авитаминоза используются витамины группы В, аскорбиновая (витамин С) и никотиновая (витамин РР) кислоты.

Второй этап. Активное противоалкогольное лечение направлено на выработку отвращения или безразличие к спиртным напиткам и подавления патологического влечения к алкоголю (лечение психической зависимости). Для достижения этого разработано значительное количество лечебных мероприятий, различных как по механизму действия, так и по эффективности для данного конкретного больного.

Одной из наиболее старых методик является *условно-рефлекторная терапия (УРТ),* которая подразумевает выработку у больного стойкого отвращения к алкоголю путем образования условной связи. Метод базируется на учении И.П. Павлова об условных рефлексах. Условным раздражителем выступает алкоголь, который предпочитает больной (водка, портвейн и т. д.). Безусловным подкреплением является введение рвотного вещества (апоморфин, эметин или настойка баранца). УРТ проводится следующим образом. После еды или 1 л воды пациенту вводят раствор апоморфина. Затем через 3-4 мин дают понюхать, а затем выпить 50 г алкогольного напитка. Наступает рвота в виде многократных повторяющихся приступов. Курс лечения составляет 15-25 сеансов, в результате которых у больных вырабатывается стойкий рефлекс на запах, вкус и вид алкоголя. Основным недостатком УРТ является относительно короткая продолжительность эффекта, поскольку условный рефлекс с течением времени ослабевает.**

* В России диазепам более известен под названиями седуксен, реланиум, сибазон.

** В настоящее время УРТ — скорее дань истории, нежели востребованный эффективный метод лечения.

Сенсибилизирующая терапия основана на применении средств, резко повышающих чувствительность организма к спиртным напиткам, тем самым делая невозможным прием алкоголя. Этот вид терапии получил большое распространение в нашей стране.

Для повышения чувствительности организма чаще всего используются препараты группы дисульфирама (тетурам, эспераль, радотер), действие которых сводится к нарушению метаболизма этанола: блокируется фермент ацетальдегиддегидрогеназа. В результате в организме накапливается уксусный альдегид, который вызывает целый ряд крайне неприятных симптомов и делает невозможным дальнейшее употребление спиртного. Кроме того, сенсибилизацию организма к спиртному вызывают такие лекарственные средства, как трихопол, фуразолидон, циамид (темизол) и др., но их эффект менее выражен, чем у дисульфирама. Используется как пероральный прием препаратов, так и имплантация препарата дисульфирама (эспераль) внутримышечно для пролонгированного эффекта.

В случае приема даже небольших количеств алкоголя на фоне действия дисульфирама возникает дисульфирам-алкогольная реакция. Через несколько минут после употребления спиртного человек ощущает чувство жара, «щеки пылают», появляется головная боль, головокружение, тошнота со рвотой, выраженная тахикардия. Артериальное давление падает вплоть до коллапса. Описано немало смертельных случаев от сердечно-сосудистой недостаточности при дисульфирам-алкогольной реакции.

Проведение сенсибилизирующей терапии должно обязательно сопровождаться психотерапевтическими мероприятиями. Больному должны быть подробно разъяснены все последствия для его жизни и здоровья в случае употребления любого вида алкоголя на фоне действия сенсибилизирующего препарата. Важно вместе с больным определить срок, в течение которого будет проводиться сенсибилизирующая терапия. Наилучшие результаты сенсибилизирующей терапии были достигнуты при внутримышечной имплантации препаратов типа дисульфирам (эспераль). В этом случае резко увеличивается длительность эффекта препарата при менее выраженной токсичности. Кроме того, важное психотерапавтическое значение имеют беседа с больным перед имплантацией и сам факт хирургической операции.

Психофармакотерапия является обязательной составляющей любого варианта противоалкогольного лечения и применяется для нормализации эмоциональных расстройств, сна, расстройств поведения, а также для снижения первичного патологического влечения к алкоголю. Используются транквилизаторы, снотворные, нейролептики, ноотропы и антидепрессанты. Вместе с тем следует помнить, что транквилизаторы и снотворные сами по себе способны вызывать пристрастие, особенно у больных алкоголизмом, из-за сходных фармакологических механизмов действия. Поэтому эти препараты должны назначаться с осторожностью и на небольшой срок. Вместо транквилизаторов у больных алкоголизмом для достижения седативного эффекта ре-

комендуется назначать малые дозы слабых нейролептиков (сонапакс, хлорпротиксен и др). В последние годы появились данные, что антидепрессанты нового поколения (циталопрам, сертралин, пароксетин) способны непосредственно снижать тягу к алкоголю.

В некоторых методиках противоалкогольной терапии используются психодислептики. В России для этого разрешено применять средства для внутривенного наркоза кетамин, каллипсол в субнаркотических дозах.

Психотерапия используется в различных модификациях и представляет собой комплексное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов (главным образом, патологическое влечение к алкоголю) и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде. Более подробно о психотерапии при зависимостях см. раздел 16.2.

Третий этап — поддерживающая терапия. Главная задача на данном этапе — максимально продлить ремиссию, то есть период воздержания от алкоголя. Считается, что продолжительность этого этапа должна быть не менее пяти лет [Пятницкая И. Н., 1994].

Еще на этапе активной противоалкогольной терапии больному рекомендуется регулярно посещать своего лечащего врача. Следует предупредить родственников больного, что появление беспричинной раздражительности, тревоги, сниженного настроения, бессонницы, сновидений на алкогольные темы могут быть признаками надвигающегося рецидива и требуют скорейшего врачебного вмешательства. В противном случае обычно наступает рецидив.

На третьем этапе в принципе используют те же методы, что и на этапе активной противоалкогольной терапии. Предпочтение следует отдать методикам и подходам, которые уже показали свою эффективность у конкретного больного на предыдущем этапе. В основном используются психотерапия, общеукрепляющая терапия, а также симптоматическая и патогенетическая психофармакотерапия. Возможно проведение повторной сенсибилизирующей терапии.

Четвертый этап — реабилитация. Основная задача данного этапа — постараться вернуть пациента к прежней жизни, ресоциализировать его. Параллельно проводится лечение соматических осложнений хронического алкоголизма. Четвертый этап начинается на фоне проведения третьего этапа лечения.

Фармакологическая реабилитация направлена на коррекцию алкогольной анозогнозии (отрицания болезни) как результата когнитивных нарушений при алкоголизме. Для улучшения метаболических процессов в нервной ткани, терапии сосудистых нарушений и гипоксии мозга используют ноотропы (ноотропил, энцефабол), нейропептиды (вазопрессин), адаптогены (настойка женьшеня, элеутерококка), препараты, улучшающие мозговое кровообращение (кавинтон, винпоцетин), витамины группы В и PP. На этапе реабилитации также активно используется и психотерапия.

ЛЕЧЕНИЕ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИИ

Первый этап, согласно законодательству РФ, должен проводиться в специализированных государственных медицинских учреждениях.

В последнее время рекомендуется одномоментное отнятие наркотика, поскольку современная медицина располагает достаточным количеством лекарственных веществ и лечебных мероприятий для терапии абстинентного синдрома любой степени выраженности.

Выраженность абстинентного синдрома зависит от характера приема, стажа употребления, вида наркотика, личностных особенностей и т. д. Разработаны различные схемы купирования абстинентного синдрома (особенно при опийной наркомании). Используются разнообразные психотропные средства. Это в первую очередь нейролептики типа тиапридала (тиаприда) и азалептина, транквилизаторы (диазепам, феназепам, лоразепам и др.). Практически с первых дней начала лечения рекомендуется назначение антидепрессантов последнего поколения (флуоксетин, циталопрам, сертралин, пароксетин, ремерон, эфексор), поскольку почти у всех наркоманов после преодоления ломки развивается депрессивное состояние, а клинический эффект антидепрессантов развивается не раньше чем через неделю регулярного приема. В состав схем, рекомендованных для терапии абстинентного синдрома, обязательно входят вещества, воздействующие на катехоламиновые нейромедиаторные системы: клофелин (клонидин), пирроксан. Для нормализации гомеостаза используют витамины, а также препараты магния. Для алгического компонента опийного абстинентного синдрома используют трамал — анальгетик центрального действия. Применение классических анальгетиков и спазмолитиков (анальгин, баралгин и др.) малоэффективно, так как в основе алгического компонента — сенестопатии, а не собственно болевые ощущения, Ниже приводится примерная схема лечения опийного абстинентного синдрома.

Прием медикаментов осуществляется 4 раза в день.

6.00: клофелин 0,075-0,15 мг;
магне $B_в$ 1 табл.;
тиапридал 0,2 г per os или в/м.

12.00: клофелин 0,075-0,15 мг;
финлепсин (карбамазепин) **0,2** г;
магне $B_й$ 1 табл.;
тиапридал **0,2** г **per os** или в/м.

18.00: клофелин **0,075-0,15** мг;
магне В.. 1 табл.;
тиапридал **0,2** г **per** os или в/м.

24.00: клофелин **0,075-0,15** мг;
финлепсин (карбамазепин) 0,2 г;
магне $B_г$. 1 табл.;
тиапридал 0,2 г per os или в/м;
азалептин 0,025-0,05 г.

При наличии выраженного алгического компонента используется трамал в дозе 0,05-0,1 per os или в/м.

В особенно тяжелых случаях применяется так называемая заместительная терапия, когда при снижении привычного сильного наркотика больному начинают давать препараты, сходные по механизму действия, но не обладающие рядом клинических эффектов наркотика (нарфин, метадон).

В последние годы в России стала популярной сверхбыстрая (до 24 часов) терапия абстинентного синдрома (программа «Детокс»). В условиях реанимационного отделения больному в состоянии наркоза проводится интенсивная детоксикация с использованием инструментальных методов (гемосорбция). После проведения детоксикации больному вводится препарат антаксон (налтрексон), блокирующий опиатные рецепторы. В период действия антаксона введение наркотика не вызывает привычных эффектов. Ультрабыстрая опиоидная детоксикация (УБОД) также проводится под общей анестезией. Для детоксикации применяют антагонист опиатных рецепторов налоксон. Детоксикация, так же как и при «Детоксе», завершается введением анатаксона. Кроме того, в последнее время для эффективной сверхбыстрой детоксикации используется высокочастотная гипертермия всего тела под наркозом [Баллюзек Ф. В. и др., 2001].

Следует отметить, что большинство наркоманов прерывают лечение по окончании первого этапа. Их согласие на лечение было вызвано лишь желанием снизить дозу («омолодиться» — на сленге наркоманов), чтобы, «переломавшись» в течение какого-то времени, тратить меньше денег на приобретение наркотика.

На *втором этапе* главная задача — максимально продлить состояние абстиненции и вывести больного в ремиссию. Основной упор делается на различные психотерапевтические методы. Это — индивидуальная и групповая психотерапия, посещение клубов анонимных наркоманов, в которых уже вылечившиеся от зависимости помогают тем, кто только начал возврат к нормальной жизни. Основная цель любой психотерапии — уменьшить психическую зависимость и выработать доминанту в жизни, которая не связана с употреблением наркотиков. На этом этапе необходимо проведение психофармакологической коррекции для нормализации эмоционально-волевого состояния больного, изменения которого могут привести к рецидиву.

В западных странах широкое распространение получило использование малых доз метадона — синтетического наркотического вещества, сходного по механизму действия с опиатами, но более слабого и не обладающего выраженным эйфоризирующим действием (метадоновая поддерживающая терапия). По предписанию врача наркоман применяет метадон в ремиссии в снижающихся количествах. Метадоновая терапия проводится в течение длительного времени и имеет целью поддержать на одном уровне и стабилизировать состояние опиатных (в основном, героиновых) наркоманов в течение месяцев и даже лет. Метадон значительно уменьшает потребность в героине, блокирует его эйфорические эффекты, существенно повышает

социальную активность пациента. Метадоновая поддерживающая терапия, особенно в сочетании с психотерапевтическими мероприятиями, имела успех при лечении героиновой наркомании, но в свою очередь приводила к возникновению наркомании метадоновой. Лечение же метадоновой наркомании не разработано.

На *третьем этапе,* который по существу представляет собой реабилитацию, важнейшее значение приобретает социально-психологическая помощь: многие больные не могут упорядочить и организовать свою жизнь, трудоустроиться, приобщиться к занятиям. Важность продолжения психотерапевтической работы при реабилитации также трудно переоценить.

На *этапе реабилитации* не следует забывать и о фармакологической коррекции. У наркоманов, особенно с длительным стажем зависимости, нарушаются высшие мозговые функции (память, внимание, мышление), что препятствует адекватному восприятию себя как больных. В связи с этим необходимо использование препаратов, восстанавливающих нарушенные функции мозга. Эти препараты принадлежат к разным фармакологическим группам и обладают разными механизмами действия. Их объединяет однонаправленное влияние на функции мозга: при достаточно длительном приеме они оказывают положительное воздействие [Шабанов П. Д., ШтакельбергО. Ю., 2000].

Профилактика в наркологии

Согласно классификации ВОЗ, профилактику принято разделять на три типа: первичная (направленная на предупреждение болезни); вторичная (задержать развитие болезни); третичная (предотвращение осложнений, инвалидности). Очевидно, что в наркологии собственно профилактика может быть исключительно первичная, так как два других типа являются лечебными и реабилитационными мероприятиями.

Первичная наркологическая профилактика располагает двумя основными методами — системой запретов и наказаний и санитарным просвещением. Вспомогательным приемом может быть выявление групп риска аддиктивного поведения. Мероприятия в рамках создания соответствующей антинаркотической законодательной базы в большей степени находятся в компетенции государственных органов. Врачам, психологам и педагогам остается санитарное просвещение, которое особенно у подростков представляет собой непростую задачу.

Традиционно в нашей стране основной упор делался на негативную профилактику. Обычно в лекционной форме предлагалось разъяснять, какой вред для психического и физического здоровья носит злоупотребление алкоголем и наркотиками. При этом не учитывалось, что субъективная цена собственного здоровья у современных подростков низка. В то же время, широкое распространение сведений о наркотиках и токсических веществах (это встречалось часто, особенно в «антинаркотических» телепередачах — вплоть до сведений о рецептах приготовления наркотика в домашних условиях)

может побудить к ним нездоровый интерес. Вызывает большие сомнения, что традиционная антиалкогольная пропаганда эффективна. Так, английские исследования показали, что лекции и пропаганда в СМИ не могут изменить отношение к алкоголю у подростков.

Становится очевидным, что малоэффективную негативную профилактику должна сменить профилактика продуктивная (позитивная), конструктивная. Суть конструктивной профилактики — выработка альтернативы аддиктивному поведению в виде здорового образа жизни в широком понимании. Принципами позитивной профилактики химической зависимости должны быть: 1) честность; 2) максимальный охват групп риска; 3) не пропагандировать наркотики (говорить только о том, что актуально в данной группе); 4) комплексность стратегий и методов; 5) дифференцированный подход; 6) непрерывность и длительность; 7) максимальное участие всего общества.

В самом начале проведения первичной психопрофилактики химической зависимости необходимо выяснить степень информированности о наркотиках у подростков в группе, с которой проводится работа. Для этого можно использовать анкетирование с помощью специальных опросников и скриниг-тестов. Степень информированности подростков можно выявить и в процессе свободной беседы, когда на первом же занятии задается вопрос «Что вы знаете о наркотиках?».

Наиболее приемлемые формы проведения занятий — это свободная дискуссия, вопросы и ответы. При этом ведущий (педагог, психолог, врач) должен максимально вовлечь подростков в обсуждение проблемы. Его задача комментировать высказывания, разоблачать наркотически мифы, не навязывать собственного мнения, а стараться, чтобы подростки сами пришли к нему в результате свободного обсуждения.

Существенную помощь могут оказать тренинги, направленные на развитие навыков поведения в условиях проблемных жизненных ситуаций, воспитание так называемой подростковой коммуникативной компетентности. Эти тренинги помогут выработать чувство уверенности в себе, развить адекватную самооценку, приобрести навыки преодоления трудных жизненных ситуаций. Целесообразно на тренинге проиграть ситуацию предложения употребления наркотика. Научить подростков, не теряя собственного лица в глазах сверстников, находить аргументы для отказа в первой пробе.

В процессе проведения группового занятия необходимо увидеть лидеров группы, выявить их позицию. В случае наличия антинаркотических установок у лидера, следует сделать его помощником, воздействовать на группу с его помощью. При нейтральной позиции лидера — постараться как можно быстрее развить эту установку и действовать по первому варианту. При наличии нескольких лидеров с разными установками представляется целесообразным вызвать их на соперничество, дискуссию так, чтобы победил лидер, имеющий антинаркотическую установку. Если в группе присутствует единственный лидер, уже вовлеченный в наркопотребление, не поддающийся кор-

рекции, его следует удалить из группы и работать с ним индивидуально с помощью специалиста-нарколога.

Успех в первичной профилактике химической зависимости может быть достигнут в случае объединения работы всех специалистов на основе государственной программы. Мода и стиль жизни в огромной степени определяют характер поведения, в том числе и аддиктивного. Конструктивная профилактика должна выработать новый стиль жизни подростка без наркотиков.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ НАРКОМАНИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Психотерапия — это лечебное психологическое воздействие на психику человека и через психику на организм больного [Карвасарский Б. Д., 1985]. Можно уверенно утверждать, что без применения психотерапии добиться сколько-нибудь значительных и долговременных результатов в лечении детей и подростков, страдающих химической зависимостью, нельзя, так как основными причинами ее возникновения являются психологические проблемы. Применяя психоактивные вещества (ПАВ), ребенок, подросток в какой-то мере решает их, осознает неконструктивность такого решения, но не может от него отказаться. Это создает ряд особых трудностей в психотерапевтической работе с алкоголиком, токсикоманом, наркоманом.

Во-первых, — это своеобразные изменения личности, которые возникают у больных, страдающих химической зависимостью. Часто они считают, что в глубине души психологи и врачи, разговаривающие с ними, либо жалеют их, либо презирают, от чего контакты «со специалистами» для многих алкоголиков и наркоманов невыносимы. Пробиться через психологические защиты, применяемые больными, установить с ними по-настоящему искренний доверительный контакт, без которого психотерапия невозможна, очень непросто.

Во-вторых, — это анозогнозия, то есть отказ считать себя больным, а значит и лечиться. Это определяет вторую задачу психотерапевта: мотивировать больного на лечение. Сейчас нет сомнений в том, что без активного участия самого алкоголика или наркомана ему нельзя эффективно помочь. Длительное время у нас практиковалось так называемое принудительное лечение алкоголиков и малочисленных тогда наркоманов в психиатрических больницах и в «лечебно-трудовых профилакториях» (ЛТП). Результат содержания пациентов в этих больницах лагерно-тюремного типа в течение одного-двух лет был удручающим: уже спустя год после выписки до 90% пролечившихся начинали пить снова, а в течение следующего года к ним присоединялись оставшиеся 10%. Несмотря на это, многие больные вновь направлялись в ЛТП на повторный курс так называемого «лечения».

В-третьих, причины психологических проблем, приведших человека к злоупотреблению ПАВ, вроде бы лежат на поверхности, однако на самом деле имеют очень глубокие корни. Для серьезного лечения больного необходимо подробное изучение истории его анамнеза, выявление психотравм, полученных в течение жизни, в том числе в раннем детстве, психологическое исследование особенностей его психических функций, личности. И проделывать эту огромную работу должен клинический психолог.

В четвертых, чем выше интеллект больного, чем многограннее его личность, чем он талантливее, тем труднее проводить с ним психотерапию. Дело в том, что проблемы такого больного очень глубоки, а психологические защиты изощренны.

В пятых, у человека, страдающего химической зависимостью, формируются стойкие поведенческие стереотипы, возникают стойкие биохимические изменения в организме, делающие невозможным осуществление заветной мечты любого алкоголика или наркомана: «пить как все», «колоться изредка» и т. п. Незначительная доза ПАВ сводит все лечение насмарку, все необходимо начинать сначала. Рекламируемые периодически методы лечения алкоголизма, позволяющие после их применения алкоголику «пить как все», представляются сомнительными и мне не известны. Именно в связи с этой особенностью лиц, подверженных химической зависимости, с самого начала психотерапии перед пациентом и членами его семьи надо поставить верную цель: не излечиться, а добиться длительной ремиссии, желательно на всю жизнь.

В-шестых, поведенческие стереотипы возникают не только у алкоголика и наркомана, но и у членов его семьи, многие из которых на бессознательном уровне решают за счет его химической зависимости свои личностные проблемы, и также неосознанно поддерживают его пристрастие и могут препятствовать психотерапии, чтобы сохранить семейный гомеостаз. Классическим примером может служить жена, страдающая комплексом неполноценности, заниженной самооценкой, которая чувствует себя сильной, значимой, нужной только в той ситуации, когда муж безобразно пьян. Рядом с трезвым сильным и решительным мужчиной она испытывает дискомфорт. Выявить эти сложные механизмы помогают психологические исследования семьи, которые должен проводить психолог. Без привлечения членов семьи к психотерапевтическому процессу, их активизации, превращения их в союзников, совместной разработки цели и задач психотерапии не стоит рассчитывать на успех.

В седьмых, недостаточно сломать старые биологические и поведенческие стереотипы химически зависимого человека и членов его семьи. Нужно дать им что-то взамен. Умению жить без ПАВ, что необыкновенно трудно алкоголику или наркоману, приходиться учить.

В восьмых, психотерапевту нужно в процессе лечения следить, чтобы связь с ним не стала для больного симбиотической. Самолюбию психолога, психотерапевта может очень льстить то, что пациент не решается ступить без них и шагу, советуется с ними о каждой мелочи. Нарушение такой

связи по окончанию курса лечения приведет к неизбежному рецидиву. Пациент должен научиться самостоятельно и конструктивно решать проблемы свои и своей семьи.

В-девятых, в-десятых... Список трудностей можно продолжить. Мы предлагаем сделать это читателю тогда, когда он станет психологом, психотерапевтом и начнет помогать больным с химической зависимостью.

В советское время внимание наркологов и психотерапевтов привлекали алкоголизирующиеся подростки и сравнительно небольшое количество детей-токсикоманов. Использовались тогда в основном четыре психотерапевтических метода лечения больных с химической зависимостью: рациональная психотерапия, условно-рефлекторная психотерапия, гипносуггестивная психотерапия, аутогенная тренировка.

1. Рациональная психотерапия представляла собой серию бесед нарколога с пациентом. К беседам предъявлялись требования «иметь конкретное содержание, доступное и понятное больному и воздействующее на него как убедительностью доказательств, так и эмоциональной насыщенностью». Содержание, как правило, включало «сведения о вреде алкоголя, его разрушительном действии на моральный облик, нервно-психическую сферу, на организм в целом и каждую систему его органов в отдельности...». Особое внимание призывалось «обращать на губительное влияние алкоголя на половую сферу и потомство, на то, что пьянство делает человека предрасположенным к простуде» [Рожнов В. Е., 1983].

2. Условно-рефлекторная психотерапия заключалась в выработке у больного «условно-рефлекторной тошнотно-рвотной реакции» на запах и вкус алкоголя. С этой целью через некоторый промежуток времени больному ежедневно давали алкоголь и одновременно препарат, вызывающий рвоту (апоморфин, отвар баранца или другие). В. М. Бехтерев предложил подобную методику еще в 1915 г., но широко применяться она стала лишь в Советском Союзе и связывали ее с именем профессора И. Ф. Случевского. Стойкость результата у разных больных была разной, однако на всех действовал физиологический закон, открытый И. П. Павловым, согласно которому без подкрепления условный рефлекс угасает. Каждые полгода больным предлагалось пройти повторный курс.

3. Гипносуггестивная психотерапия довольно часто применялась в СССР в основном при лечении алкоголиков. Среди выдающихся психотерапевтов того времени, использовавших в своей работе гипносуггестивную терапию, хочется вспомнить профессоров П. И. Буля, К. М. Варшавского, А. М. Свядоща. Наиболее широкое распространение получила методика коллективной эмоционально-стрессовой психотерапии (Методическое письмо МЗ СССР от 12.06.75 г.), автором которой был главный психотерапевт МЗ СССР профессор В. Е. Рожнов. Суть ее заключалась в следующем. Группа, состоящая не более чем из 15 больных, приглашалась в гипнотарий. Они погружались в состояние гипнотического транса, после чего выслушивали «лечебные внушения», начинающиеся «с раскрытия того огромного вреда, который наносит злоупотребление спиртными напитками общественному и семейно-

му положению пьющего» [Рожнов В. Е., 1983]. Далее больным «задушевно, весомо, но без напыщенности» повторялось то, что они уже ни раз слышали на сеансах рациональной психотерапии. Продолжался сеанс 1-1,5 часа и заканчивался выработкой «условно-рефлекторной эмоционально-отрицательной тошнотно-рвотной реакции на вкус и запах алкоголя, вначале при подкреплении 96% этиловым спиртом». Таким образом, методика успешно сочетала рациональную, условно-рефлекторную, коллективную и гипносуггестивную психотерапию.

Сейчас методики, формирующие отвращение к алкоголю и другим ПАВ, применяются все реже. Более эффективными зарекомендовали себя методики, демонстрирующие пациенту преимущества отказа от употребления ПАВ.

Перечисленные методики, основанные на выработке у больного отвращения к алкоголю (или других ПАВ), исходили из неверных представлений о том, что люди начинают, а затем не могут бросить курить, пить, употреблять наркотики из-за дефицита информации о пагубном воздействии ПАВ на здоровье. Нередко в основе пристрастий к употреблению ПАВ лежит бессознательное стремление к саморазрушению, связанное с глубоким комплексом неполноценности, неудовлетворенности собой, низкой самооценкой. В этой ситуации постоянные упреки в неправильном поведении, глупости (непонимании последствий пагубной привычки), безволии имеют эффект, противоположный ожидаемому. Именно поэтому психотерапия, основанная на запугивании последствиями «вредных привычек», малоэффективна.

4. Аутогенная тренировка — психотерапевтический метод, основанный на действии мышечной релаксации и целенаправленного самовнушения. Предложен он был еще J. H. Schultz в 1932 г., но получил широкое распространение в СССР в 80-х годах XX в., в том числе и для лечения алкоголизма и токсикомании [Лобзин В. С, Решетников М. М., 1986].

Метод включает в себя некоторые элементы упражнений йогов. В состоянии покоя и нарастающей мышечной релаксации больной обучается вызывать у себя ощущения тепла и тяжести конечностей, прохлады в области лба, а также регулировать дыхание, ритм сердечной деятельности и т. п. В этом состоянии ему предлагается повторять формулы самовнушений, например, «вино мне соверешенно безразлично», «воздержание от алкоголя приносит радость и покой». Ценность использования этого метода состояла в том, что больной становился активным, а не пассивным участником психотерапевтического процесса. Ему предоставлялась возможность самостоятельно изобретать формулы аутосуггестии, значимые только для него («никогда не стану похожим на алкоголика Васю»).

В настоящее время элементы аутогенной тренировки довольно часто и успешно включаются в качестве вспомогательных в программы лечения химически зависимых пациентов. Самостоятельного значения в психотерапии употребляющих ПАВ метод не имеет.

Современные новые методики разрабатываются на более высоком методическом и теоретическом уровнях. Примером может служить так называемая **«психоделическая психотерапия алкогольной зависимости»,** довольно

распространенная в 80-90 годы прошлого века у нас и за рубежом [Strassman R., 1995; Гриненко А. Я., Крупицкий Е. М., 1996]. На 2-3 подготовительных сеансах происходило знакомство с больным и ему излагался «психотерапевтический миф», согласно которому во время психоделической сессии он будет введен в особое состояние, позволяющее проникнуть в его подсознание. В этом состоянии произойдет глубинное переживание и осознание отрицательных сторон его алкогольной болезни, которое проявится в символической форме в виде чрезвычайно эмоционально насыщенных видений. Эти переживания и обусловят впоследствии психологическое неприятие пьянства и твердую установку на трезвость. На следующей сессии проводилась непосредственно сама процедура. Больному вводился анестетик, содержащий галлюциноген кетамин, а также этимизол, способствующий сохранению в памяти пережитого во время сеанса, и бемегрид, потенцирующий эмоции больного, вызванные галлюцинаторными видениями. Во время сеанса звучала специальная музыка и врач, вербальный контакт с которым у пациента сохранялся, делал ему соответствующее внушение, иногда вступал с ним в диалог. Содержание внушения включало в себя не только сообщения о вреде пьянства, но и касалось вопросов о целях, смысле жизни. Считалось, что во время такого сеанса могут происходить глубокие позитивные личностные изменения. Через 1-2 дня на заключительную сессию приглашаются несколько пациентов, переживших накануне «погружение в подсознание», и им предлагается описать на бумаге все, что они испытали. Потом каждый зачитывает то, что написал. С помощью психотерапевта идет обсуждение, интерпретация символических образов, исподволь закрепляются установки на трезвую жизнь.

Исследования показали, что через 2 года примерно 41% пациентов находились в ремиссии. Авторы этой методики, в отличие от приведенных ранее, ставили перед собой задачу попытаться подействовать на личность пациента.

Еще более ориентирована на личность пациента, на наш взгляд, **методика -«кодирования»- А. Р. Довженко,** которая достаточно популярна в настоящее время. Вокруг нее не утихают споры, однако причина многих нареканий видится не в ее недостатках, а в дискредитации ее не очень умелыми и (или) не очень добросовестными психотерапевтами. А. Р. Довженко удалось активизировать пациента, включить его в психотерапевтический процесс, побудить его самостоятельно (еще до личного знакомства с психотерапевтом!) проделать колоссальную работу. Сам А. Р. Довженко и его истинные ученики очень жестко соблюдали условия проведения так называемого «кодирования». На лечение брали только того, кто в течение трех недель (не менее!) смог самостоятельно, без всякой посторонней помощи воздерживаться от алкоголя. Психотерапия по А. Р. Довженко начинается не тогда, когда пациенты усаживаются в полутемном круглом зале и ждут появления «мага», а тогда, когда, прочитав о замечательном враче, больной алкоголизмом вначале задумывается, потом принимает решение, а затем преодолевает массу трудностей и, победив себя, обращается за помощью к врачу. С родственниками больного, сопровождающими его (а путь

иногда неблизкий), тоже работают врачи, психологи, выслушивают, обсуждают как строить жизнь после «кодирования». И вот наступает желанный момент, и выходит добрый доктор, которой называет каждого «родной мой», вводит в транс и говорит речь. И каждое его слово ловят те, кто хочет и уже может услышать, и попадают слова на подготовленную почву. Потом потрясенные больные выходят из полутемного зала под солнечное небо Феодосии и плачут от счастья вместе со своими родными, которые встречают их. «Я сделал это! Мы победили болезнь!»

Эффективность лечения алкоголиков по методу А. Р. Довженко превышает 80%. У большинства больных, начинающих снова алкоголизироваться в течение года после «кодирования» по А. Р. Довженко (7-18%), отмечались психопатии, а также интеллектуальное снижение в виде пограничной умственной отсталости или дебильности [Дроздов А. И., 1991; Зверев В. Ф., 1991].

Эффективности кодирования по А. Р. Довженко или с помощью стресс-энергетической психотерапии («катарсиса по Назарлиеву») способствует несколько обстоятельств:

1) тщательная психологическая подготовка клиентов к кодированию и последующему отказу от ПАВ;
2) психотерапевты (А. Р. Довженко, Ж. Назарлиев) выступают в роли доброго, принимающего, строгого, но справедливого Отца;
3) тщательный баланс медикаментозных (у Назарлиева), психотерапевтических вмешательств и их этапность;
4) санирующее воздействие на ближайшую социально-психологическую сферу больного, в первую очередь на семью;
5) психологическое конструирование многоаспектного образа будущего как для больного, так и для его родственников.

Несоблюдение этих условий значительно снижает эффект лечения вообще, а кодирования в частности.

Пример. Неадекватное использование кодирования (случай семейной психотерапии, проводимой Н. В. Александровой и Э. Г. Эйдсмиллером).

На сеанс, семейной психотерапии пришли женщина 36 лет и два ее сына 12 и 14 лет. Младший сын является «идентифицированным пациентом» или носителем симптома и находится на лечении в детском отделении психиатрической больницы по поводу синдрома навязчивостей, предположительно процессуального генеза.

За полгода до госпитализации мальчика у него умер отец, который работал водителем.

За 1 год до своей смерти отец совершил аварию и был признан судом виновным. Ему пришлось выплачивать потерпевшей стороне большую сумму денег.

По характеру он был человеком закрытым, придерживающимся правила: «Настоящие мужчины молчат, но дело делают». Очень любил жену, детей, ценил свой дом. Аварию расценил как крах жизни. Суд признал его виновным в ДТП и обязал выплатить компенсацию. Вдова сказала на сеансе психотерапии: «Мы все мечтали о квартире, откладывали каждую копейку. Он гордился тем, что ему удалось скопить кое-какие деньги».

До аварии употреблял спиртные напитки только в выходные дни, не обнаруживал явных признаков зависимости. После аварии несколько месяцев не работал, спиртные напитки употреблял ежедневно. Своих близких стеснялся. На сеансе психотерапии удалось реконструировать события тех дней. И вдова, и дети пришли к выводу, что, возможно, он переживал тревогу и чувство вины. Жена предложила мужу обратиться к наркологу, который в свою очередь предложил кодирование. После кодирования несколько месяцев не пил, а затем внезапно умер из-за невыясненной причины — возможно инсульта или инфаркта миокарда.

Анализ случая. Мы оставляем за пределами анализа психогенез болезни мальчика 12 лет. В случае отца можно утверждать с полным основанием, что кодирование было сделало преждевременно без тщательной оценки как клиники так называемого алкоголизма, так и психологического статуса клиента. Отказ от алкоголя внешне «улучшил» социальное функционирование отца, но значительно ухудшил его психологическое и соматическое функционирование. Возможно, кодирование лишило клиента способности купировать тревогу и чувство вины с помощью ПАВ, а других способов у него не оказалось.

Методика **«массовой эмоционально-эстетической психотерапии алкоголизма»,** которую в 1993 г. предложил называющий себя учеником А. Р. Довженко Г. И. Григорьев, сильно отличается от того, что создал и внедрял его учитель. Однако это не помешало Г. И. Григорьеву объявить свою методику модификацией «кодирования». Суть модификации состоит в том, что количество присутствующих на одном сеансе больных увеличено до 500-600 человек. Сеансы проводятся обычно в кинотеатрах. Масштабы мероприятия потребовали участия в процессе врачей-ассистентов. Беседа врача с аудиторией чередуется с проповедью священника, его «напутственным словом», выступлением хора духовной музыки, что, по мнению автора, должно создать в кинотеатре «храмовый эффект». Только после этого следует «сокращенный вариант» сеанса А. Р. Довженко, из формулы внушения которой были исключены значительные отрывки.

Гипносуггестивная психотерапия в данной методике используется А. Р. Довженко в контексте хорошо продуманного когнитивно-поведенческого воздействия. Современные методики, в которых основным лечебным фактором лечения от химической зависимости является именно внушение в состоянии гипнотического транса, а когнитивный фактор вторичен, в настоящее время применяются, хотя и менее широко, чем прежде, и, разумеется, на более высоком методическом уровне.

Большое значение при проведении гипносуггестивной психотерапии в настоящее время уделяется работе с пациентом, предваряющей начало гипнотических сеансов. Вот как сформулировал рекомендации по проведению этого начального этапа известный английский психотерапевт D. A. Alexander (1991).

1. Вначале должен быть собран полный анамнез в отношении особенностей употребления пациентом ПАВ, той роли, которую это играет в его жизни, включая воздействие этого на ближайшее значимое окружение. Также

следует исследовать мотивацию к перемене, ее вероятные последствия и факторы, которые «запускают» употребление ПАВ или связаны с ним.

2. Пациентов следует избавить от неправильного понимания и необоснованных тревог по поводу гипноза. Они должны усвоить, что гипноз не является волшебным инструментом, который избавит их от химической зависимости без всякого усилия с их стороны. Гипноз по существу является способом самоконтроля и предполагает обучение набору когнитивных приемов, которые пациент должен активно применять.

3. Между пациентом и психотерапевтом должен быть заключен контракт, в котором указываются:

а) реалистические краткосрочные и долгосрочные цели (краткосрочные, обеспечивая ранний успех, помогают сохранять мотивацию);

б) санкции, которые наступят в случае срыва подготовки лечения (например, периода воздержания от применения ПАВ перед началом сеансов гипноза) или его проведения;

в) четкое определение соответствующей роли и ответственности пациента и психотерапевта.

4. Поскольку предварительное воздержание является важным и в то же время трудновыполнимым требованием, то в дополнение к любой специальной гипнотической технике психотерапевт обязан обеспечить пациента усиленной поддержкой и одобрением.

На первых сеансах гипносуггестивной психотерапии врачу рекомендуется выяснить у больного, находящегося в состоянии транса, что побуждает его к попыткам избавиться от химической зависимости [Cochrane G. J., 1987], какими мотивами руководствуется он, саботируя попытки изменить свои пагубные привычки [Schoen M., 1985].

В большинстве современных методик содержание внушения, проводимого в гипнотическом состоянии, включает в себя преимущественно не отрицательные, отталкивающее представления о ПАВ и последствиях их употребления, а позитивные (улучшение здоровья, экономического положения, семейных отношений) суггестии [Elliott J., 1988; Alexander D. A., 1991]. Факторами, делающими использование отвращающих формулировок при внушении менее привлекательными, чем прочих, являются:

— способность отвращающих факторов повредить здоровью пациента (например, повторные суггестии рвоты);
— предполагаемые врачом негативные последствия часто противоречат собственным приятным ощущениям, которые испытывает пациент, употребляя ПАВ;
— фокусирование исключительно на отвращающих аспектах может помешать установлению между психотерапевтом и пациентом необходимых приятных и доверительных отношений.

Многие современные психотерапевты, использующие гииносуггестию, применяют внушения, направленные не на преодоление химической зависимости, а на повышение самооценки, появление и усиление уверенности в себе пациента, а также на избавление их от тревоги и других эмоций, которые

поддерживают его влечение к употреблению ПАВ. Подобные «эго-возвышающие» суггестии совершенно необходимы как на стадии отказа пациента от употребления ПАВ, так и на стадии дальнейшего воздержания.

M. H. Erikson (1964) наполнял содержание суггестии символическими историями, в которых содержались скрытые послания пациентам и косвенные упоминания их пагубного пристрастия, не противодействуя напрямую.

Широко применяется прием замещения симптома, например, внушается, что всякий раз при появлении желания выпить (понюхать, уколоться) достаточно будет съесть кусочек шоколада.

Также в работе с лицами, подверженными химической зависимости, находят свое применение суггестивные техники возрастной регрессии и возрастной прогрессии.

При возрастной регрессии пациент в состоянии гипнотического транса переносится в трезвое прошлое. Совместно с психотерапевтом им предпринимаются поиски там событий, переживаний, приведших к заболеванию. Ему может быть предоставлена возможность что-то изменить, пережить заново.

При возрастной прогрессии в состоянии гипнотического транса поочередно предпринимаются путешествия в счастливое трезвое и в кошмарное наркотическое будущее. Пациентам предоставляют возможность отрепетировать новую роль в качестве, например, человека, отказывающегося от выпивки на вечеринке.

В переходный период, в котором меняются поведенческие стереотипы химически зависимого больного, пациенту внушают, что нет такой потребности, удовлетворяемой в прошлом путем употребления ПАВ, которую нельзя было бы удовлетворить новым способом в будущем. Новые способы должны совпадать со здоровыми интересами, позитивными ценностями больного, а не противоречить им [Citrenbaum C.M., 1985]. Больному пережить переходный период помогают его собственные защитные ресурсы, мобилизуемые и создаваемые психотерапевтом. Кроме того, используются аутосуггестии, которым пациент специально обучается.

Современные исследования доказывают довольно высокую эффективность грамотно проводимой гипносуггестивной психотерапии лиц, страдающих химической зависимостью. Эффективность гипносуггестивной психотерапии больных, употребляющих ПАВ, зависит от следующих факторов [Alexander D. A., 1991]:

— искреннее желание пациента избавиться от химической зависимости;
— наличие у больного хотя бы умеренной восприимчивости к гипнозу;
— реалистичность терапевтические целей и их направленность на преимущества воздержания, позитивные изменения, к которым оно приведет;
— повышенное внимание психотерапевта к трудностям, с которыми сталкивается пациент, отказываясь от употребления ПАВ, и работа по их преодолению.

Различные гипносуггестивные методики могут применяться как изолированно, так и в сочетании с другими психотерапевтическими воздействия-

ми, могут играть как ведущую, так и второстепенную роль в реабилитационных программах.

Как раньше, так и сейчас серьезные трудности психотерапии в наркологии связаны с отказом больного, не считающего себя таковым, от лечения. **Это** привело к необходимости создания форм психотерапии, преодолевающих их. Так, некоторые формы **семейной психотерапии** позволяют проводить психотерапевтические сессии без участия в них самого носителя симптома. **Это** согласуется с системным подходом, широко применяемым семейными психотерапевтами. Согласно ему, если все в семье «взаимосвязаны со всеми, то изменение поведения хотя бы одного лица в системе может косвенно вызвать изменения и у других людей» [Reichelt S., Hedder С, 1985]. В результате такой работы семейного психотерапевта нарушается патологический семейный гомеостаз, в семье возникает кризис или целая серия кризисов. Уход жены, увольнение с работы, материальный крах могут стать поворотным пунктом в его судьбе, и больной будет вынужден менять стереотипы поседения [Эйдемиллер Э. Г., 1999].

В качестве примера такого подхода приведем описанную Э. Г. Эйдемиллером и В. Юстицкисом (1999) методику семейной психотерапии *«Прямое вмешательство»*.

1-й этап — подготовительный

Начинается с обращения к семейному психотерапевту близкого родственника больного, страдающего химической зависимостью. Вместе с психотерапевтом определяется круг членов семьи и значимых для больного лиц, знающих о его зависимости. Суть проблемы обратившийся клиент видит в патологическом влечении к алкоголю или наркотику и просит помочь справиться с этим.

2-й этап — создание «коллектива вмешательства»

Лицо, обратившееся за помощью к семейному психотерапевту, проводит переговоры с выделенным кругом близких и друзей больного, предлагая организовать «коллектив вмешательства». После этого все, согласившиеся принять участие в психотерапевтическом процессе, собираются у врача, знакомятся с ним и его котерапевтом-психологом. Врач и психолог беседуют со всеми, собирают дополнительные анамнестические сведения, интересуются мнениями о причинах создавшейся ситуации, ее особенностях, а также предложениями о том, как ее можно улучшить. Далее присутствующие в свою очередь обеспечиваются объективной информацией психологического и медицинского характера о стадии заболевания, его проявлениях, возможных вариантах течения. «Коллективу вмешательства» предлагается прогноз о том, как будут разворачиваться события дальше, если все пустить на самотек, и несколько альтернативных вариантов вмешательства, дающих шанс переломить ситуацию в лучшую сторону. Ни на одном из них котерапевты не настаивают. Затем высказывается просьба оценить варианты и на следующей сессии рассказать о своих соображениях по этому поводу. На сплочение «коллектива вмешательства» уходит около двух месяцев. Суть проблемы его члены видят в больном и «его безобразном поведении».

3-й этап — активная работа

Участники «коллектива вмешательства», обсуждая на встречах с котерапевтами проблемы семьи больного, начинают понимать свою роль в дисфункциональном взаимодействии. Для этого психологу и психотерапевту приходиться преодолевать психологические защиты, помогать членам «коллектива вмешательства» проявлять свои чувства. С каждым обсуждается манера его поведения с больным, реакции на его эксцессы. На сессиях уже ставится вопрос не о том, как изменить алкоголика, а о том, как изменить себя, чтобы жизнь стала лучше. Обращается особое внимание участников на анализ положительных и отрицательных перемен, отмечаемых в каждом из них, в больном, в семейных коммуникациях, в ситуации в целом.

На одной из сессий участникам дается задание, не советуясь друг с другом, описать дома одну и ту же известную всем скандальную ситуацию, связанную с применением больным ПАВ. Рассказ должен включать в себя:

— точное описание события и поведения больного;

— отношение к потреблению алкоголя;

— выражение собственного чувства по этому поводу;

— выражение пожеланий или положительных чувств к больному.

Формулировки должны отражать симпатию, сочувствие к больному, озабоченность его судьбой.

4-й этап — выбор альтернативы

Участники сессии поочередно читают то, что написали дома, удивляясь разным интерпретациям одних и тех же событий. В обсуждении уточняются какие-то детали, участники отвечают на вопрос о том, как бы они изменили свое поведение, если бы время можно было повернуть вспять и вновь оказаться в обсуждаемой ситуации.

На следующей сессии ведущие обсуждают с участниками сессии, какие формы лечения больного могут оказаться наиболее эффективными. Выбирается несколько вариантов, которые будут предложены ему на выбор.

5-й этап — непосредственное психотерапевтическое вмешательство

Члены семьи просят больного придти на прием к психотерапевту для обсуждения семейных проблем. Больной, желающий узнать, куда столько времени ходили его близкие, как правило, не отказывается от посещения врача. На сессии в присутствии больного участники вновь зачитывают свои впечатления о поведении больного, выражая при этом ему свои теплые чувства, озабоченность, высказывая пожелания согласиться на лечение и уверенность в успехе. Под этим натиском больной, как правило, соглашается на лечение.

Хороший результат (длительная ремиссия, восстановление нарушенных взаимоотношений в семье) после такого предварительного курса прямого вмешательства отмечался в 80% случаев [Wegscheider S., 1983].

Особое значение имеет психотерапия семьи, имеющей ребенка или подростка, употребляющего ПАВ. Исследования показали грубые, нуждающиеся в коррекции нарушения взаимоотношений между детьми и родителями в таких семьях. Подростки-наркоманы, оценивая своих матерей, в качестве

основных их особенностей характера отмечали враждебность, непоследовательность ее воспитательных мер, непредсказуемость. Напряженные отношения с родителями, особенно с матерью, способствуют снижению самооценки, повышению уровня тревоги, для снятия которой подростки нередко прибегают к употреблению ПАВ, в частности героина [Вайсов С Б . , 2000]. Обследование матерей, дети-подростки которых страдают героиновой наркоманией, показало, что примерно у половины из них отмечается неуверенность в вопросах воспитания и проекция на подростка собственных нежелательных качеств. У некоторых также была выявлена фобия утраты ребенка [Городнова М. Ю., 2000]. Показания к семейной психотерапии в этих случаях не вызывают сомнений.

Большое значение имеет поддерживающая семейная психотерапия после завершения курса лечения больного в наркологическом диспансере или после выписки его из наркологического стационара. Основными задачами поддерживающей семейной психотерапии на этом этапе Т. Г. Рыбакова (1986) считает:

— своевременное разрешение текущих семейных конфликтов (ролевых, сексуальных и других);
— укрепление в семье новых стереотипов, связанных с воздержанием от употребления ПАВ;
— обучение членов семьи адекватным способам взаимодействия.

Основными психотерапевтическими приемами при этом служат вербальная дискуссия и ролевое проигрывание типичных конфликтных ситуаций.

При лечении лиц, страдающих химической зависимостью, в настоящее время большое значение придается использованию **групповой психотерапии.** Желательно, чтобы сеансы групповой психотерапии проводились двумя равноправными котерапевтами: врачом и психологом, причем разного пола.

Цель групповой психотерапии — формирование адекватного самосознания страдающего химической зависимостью больного, а также расширение сферы самосознания. Результатом достижения этой цели является способность пациента удовлетворять свою сенсорную жажду и естественную потребность в изменении состояния, не используя для этого ПАВ. Для достижения этой цели в процессе групповой психотерапии больному необходимо решить следующие задачи:

— осознать связи между своей личностью, ситуацией и болезнью;
— осознать происхождение особенностей своей личности;
— повысить самооценку, создать свой положительный образ и принять себя;
— получить и осознать новый опыт взаимоотношений и взаимодействий в группе;
— пережить в группе новые эмоции, осознать, принять их и научиться выражать их вербально;
— пережить заново, осознать и вербализовать прошлый эмоциональный опыт;
— сформировать новые адекватные поведенческие стереотипы.

Решение этих задач осуществляется в процессе групповой психотерапии путем обсуждения жизненных ситуаций (как связанных, так и не связанных с употреблением ПАВ). При этом возникают особые отношения между больными, что способствует укреплению мотивации участников на продолжение лечения, нахождению новых путей отказа от употребления ПАВ, противостояния рецидиву, адекватного реагирования в случае его возникновения. В качестве психотерапевтических приемов во время сессий психотерапевтами применяются групповые дискуссии, психогимнастика, элементы арттерапии, психодрамы и другие.

Важнейшим лечебным фактором при проведении групповой психотерапии является *групповая динамика*. Это понятие включает в себя те изменения взаимоотношений и взаимодействий, которые возникают между участниками группы (котерапевтами в том числе), то есть представляет собой совокупность внутригрупповых социально-психологических процессов и явлений, характеризующих весь цикл жизнедеятельности малой группы, включая образование, развитие, стагнацию, регресс и распад.

Как правило, сеансы групповой психотерапии проводятся с частотой 2-4 раза в неделю. Продолжительность их составляет 1-1,5 часа. Количество пациентов в группе не должно превышать 10 человек. Группы могут быть как открытыми, так и закрытыми, но большинство психотерапевтов предпочитают работать с закрытыми.

При проведении групповой психотерапии на первых же сессиях устанавливаются групповые нормы, представляющие собой совокупность правил и требований, предъявляемых ко всем участникам группы, включая котерапевтов. В процессе психотерапии формируется определенная структура группы, в которой каждый член имеет вполне определенную роль, возникают подгруппы. По мере роста привлекательности для участников группы посещения сессий растет ее сплоченность. Несоответствие ожиданий пациентов с реальной групповой ситуацией создает групповое напряжение. Все эти процессы отражают смену фаз развития психотерапевтической группы:

— фаза пассивной зависимости и напряжения;

— фаза борьбы с формальным лидером и бунта против психотерапевта;

— фаза консолидации и сотрудничества.

В работе с больными, страдающими химической зависимостью, очень важна преемственность между групповой и семейной психотерапией, участие прошедших лечение в собраниях **Сообществ Анонимных Алкоголиков** (САА) или **Анонимных Наркоманов** (САН). Зародившись в 50-х годах прошлого столетия в США, САА приобрело характер настоящего общественного движения. В настоящее время в его рядах насчитывается более 1,7 миллионов человек, проживающих в разных странах. Герб САА представляет собой треугольник, заключенный в круг. Три стороны треугольника символизируют выздоровление, единство и помощь, а круг — международный характер САА, распространившегося по всему миру. В основу деятельности САА заложена программа «12 шагов», адаптированная для наркоманов и принятая на вооружение и САН. Основные положения этой программы следующие.

1-й шаг. «Мы признали свое бессилие перед алкоголем, признали, что мы потеряли контроль над своей жизнью».

2-й шаг. «Мы пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие».

3-й шаг. «Мы приняли решение перепоручить нашу волю и нашу жизнь Богу, как мы Его понимаем».

4-й шаг. «Мы глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения».

5-й шаг. «Мы признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу своих заблуждений».

6-й шаг. «Мы полностью подготовили себя к тому, чтобы Бог избавил нас от всех наших недостатков».

1-й шаг. «Мы смиренно просили Его исправить все наши недостатки».

8-й шаг. «Мы составили список всех тех, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием загладить свою вину перед ними».

9-й шаг. «Мы лично возмещали причиненный этим людям ущерб, где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-то другому».

10-й шаг. «Мы продолжали самоанализ, и когда допускали ошибки, сразу их признавали».

11-й шаг. «Стремление путем молитвы и размышления углубить соприкосновение с Богом, как мы его понимаем, моление лишь о знании Его воли, которую нам следует исполнить, и о даровании силы для этого».

12-й шаг. «Достигнув духовного пробуждения, к которому привели эти шаги, мы старались донести смысл наших идей до других людей и применять эти принципы во всех наших делах».

Отношения между членами САА характеризуются отсутствием директивное™, которая так свойственна сектам. От членов САА не требуется признания какой-то единой концепции Бога, соблюдения каких-нибудь религиозных обрядов. Осуществляется эта программа в основном специально подготовленными компетентными терапевтами-консультантами, являющимися бывшими алкоголиками с ремиссией заболевания не менее двух лет. Это, а также структурированность программы во многом определяют ее эффективность.

Посещение этих собраний является своеобразным продолжением групповой психотерапии, оказывает большое положительное влияние на длительность ремиссии. Члены семей, употребляющих ПАВ, создают «общества самоподдержки». Так, например, в США популярно созданное в 1984 г. общество «Взрослые дети алкоголиков» (АСОА), в России во многих городах существуют общества матерей наркоманов.

Значение психолога в организации и проведении психотерапии лиц, страдающих химической зависимостью, за последние десятилетия сильно возросло, и тенденция роста сохраняется. Особую роль играет психолог в консультационной работе с человеком, употребляющим ПАВ, и его близкими. В связи с этим нельзя не упомянуть о службе **экстренной телефонной психологи-**

ческой помощи, несущей, помимо прочих, и психотерапевтическую нагрузку. Доступность, анонимность, конфиденциальность общения с психологом-психотерапевтом делают эту службу очень привлекательной в глазах больных и их родственников, обращающихся за помощью на разных стадиях изменения поведения употребляющего ПАВ, включая самые ранние [Бурдакова Е. С, Геллер Н. А., 1997].

На начальных этапах заболевания от компетентного телефонного консультанта-психолога больной и его близкие могут получить необходимую объективную интерпретацию происходящего в их семье. Беседы по телефону с психологом часто способствуют крушению мифа о безвредности употребления наркотиков, формируют мотивацию отказа от их употребления, помогает планировать конкретные действия, направленные на лечение. Больной и его близкие могут получить телефоны и адреса лечебных учреждений, занимающихся соответствующими проблемами, информацию о применяемых там методах лечения.

Больной, находящийся в состоянии ремиссии, чувствуя возможность срыва, всегда может позвонить психологу-консультанту, и умело построенная беседа способна предотвратить рецидив.

Этот краткий обзор позволяет выявить наметившиеся в конце двадцатого — начале двадцать первого веков следующие тенденции изменений в психотерапевтических подходах к больным, страдающим химической зависимостью:

— от директивной психотерапии к недирективным формам работы;
— от работы с пассивным больным к его активизации и вовлечению его в психотерапевтический процесс;
— от индивидуальной психотерапии больного к семейной психотерапии;
— от индивидуальной работы нарколога к командной работе (нарколог, психотерапевт, психолог);
— от борьбы с симптомами к лечению больного;
— от. симптоматической психотерапии к этиопатогенетической.

Тенденции эти указывают на рост значения психотерапии в лечении больного, страдающего химической зависимостью, и членов его семьи.

Контрольные вопросы

1. Что называют психоактивными веществами (ПАВ)?
2. Укажите роль социальных, психологических и медицинских факторов при развитии аддиктивного поведения и химической зависимости.
3. Каковы основные синдромы при наркоманиях?
4. Как называется состояние, которое развивается после прекращения или уменьшения использования ПАВ?
5. Дайте определение клинических состояний, вызванных употреблением ПАВ.
6. Какова классификация хронического алкоголизма?
7. Укажите стадии хронического алкоголизма.
8. Каковы особенности наркоманий в зависимости от ПАВ?
9. Что такое аддиктивное поведение?
10. Каково лечение хронического алкоголизма?
11. Укажите лечение наркоманий и токсикомании.
12. Каковы особенности групповой и семейной психотерапии при наркоманиях?
13. Укажите принципы профилактики химической зависимости у детей и подростков.

Список рекомендуемой литературы

1. Алкоголизм: Руководство для врачей / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. - М.: Медицина, 1983. - 432 с.
2. *Белогуров С. Б.* Наркотики и наркомании. — СПб.: Университетская книга, 1999. - 205 с.
3. *Боев И. В., Ахвердова О. А.* (сост.) Многовекторный клинический анализ токсикомании, наркомании и наркотизма у подростков: Методические рекомендации для врачей-интернов, психиатров, наркологов. — Ставрополь: Изд-во СГМИ, 1992. - 178 с.

4. *Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д.* Наркомании и токсикомании. — Л.: Медицина, 1991. - 214 с,

5. *Егоров А. Ю.* Возрастная наркология. — М.; Ин-т общегуманитарных исследований; СПб.: Дидактика Плюс, 2002. — 272 с.

6. *Кулаков С. А.* Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков. — М.: Фолиум, 1998. — 78 с.

7. *Личко А. Е., Битеиский В. С.* Подростковая наркология. — Л.: Медицина, 1991. - 304 с.

8. Наркология / Под ред. *Л. С. Фридмана, Н. Ф. Флеминга, Д. X. Робертса, С. Е. Хаймаиа* — М.; СПб.: «Бином»- «Невский диалект», 1998. - 318 с.

9. *Пятницкая И. Н.* Наркомании: Руководство для врачей. — М., Медицина, 1994. - 544 с.

10. Руководство по наркологии / Под ред. *Я. Н. Иванца.* — М.: Медпрактика-М, 2002. - Т. 1, 444 с, Т. 2, 504 с.

11. *Сидоров П. И., Митюхляев А. В.* Ранний алкоголизм. — Архангельск: Изд-во АГМА, 1999. - 306 с.

12. *Шабанов П. Д.* Руководство по наркологии. 2-е изд. — СПб.: Лань, 1999. - 352 с.

13. *Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю.* Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. — СПб.: Лань, 2000. — 368 с.

-



ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ/СПИДЕ, ИХ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ВВЕДЕНИЕ

Синдром приобретенного иммунодефицита как особое инфекционное заболевание был зарегистрирован впервые в 1981 г. в США, хотя первые случаи заболевания наблюдались уже в 1979 г. В СССР заболевание было выявлено в 1987 г., а уже в 1988-1989 гг. имела место вспышка из-за парентерального заражения детей в нескольких медицинских учреждениях в ряде городов страны.

ЭТИОЛОГИЯ

Известно, что ретровирус, вызывающий заболевание, обладает лимфотропностью, то есть поражает избирательно лимфоциты крови, несущие ответственность за иммунитет человеческого организма. Однако не менее важным, а зачастую и более ранним является поражение вирусом центральной нервной системы вследствие нейротропности ретровируса.

При этом поражение центральной нервной системы является единственным клиническим синдромом ВИЧ-инфекции, а не оппортунистических инфекций. Нередко синдромы поражения нервной системы являются клиническим дебютом заболевания, предшествуя развитию иммунодефицита и сопутствующих инфекций.

Вирус ВИЧ поражает клетки мозга - астроциты, эндотелиальные клетки сосудистых сплетений оболочек мозга и эпендимы желудочков. В результате развиваются васкулит головного и спинного мозга, воспаление мезенхимы нервной ткани, вторичная демиелинизация — картина рассеянного склероза и вакуольной миелопатии [Покровский В. В., 1987; Демина Т. Л., Бойко А. Н., ЗавалишинИ. А., 1991].

Наиболее ранним синдромом поражения цетральной нервной системы является ВИЧ-энцефалопатия (СПИД-деменция, ВИЧ-ассоциированный познавательно-моторный симптомокомплекс или СПИД-дементный комплекс) [Михайленко А. А., Осетров Б. А., Головкин В. И., 1993; Adler-Cohen M. A., 1997].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СПИД-ДЕМЕНЦИИ

По литературным данным, СПИД-деменция выявляется в 50-70% всех случаев инфицирования, а в 25% этому синдрому не сопутствует развернутая клиническая картина ВИЧ-инфекции, то есть синдром поражения ЦНС может быть не только ранним, но и единственным клиническим проявлением заболевания [Лалаянц И. Э., Милованова Л. С, 1991; БеляеваВ. В.,1997].

В МКБ-10 есть рубрика F02.4 — «Деменция при заболеваниях, обусловленных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)».

Согласно этой рубрике, сюда могут быть отнесены «расстройства, характеризующиеся когнитивным дефицитом, отвечающим критериям клинической диагностики деменции, при отсутствии сопутствующего заболевания или состояния, кроме инфицирования ВИЧ, которые могли бы объяснить клинические данные».

Наиболее выраженные морфологические изменения при СПИД-деменции локализуются в субкортикальных структурах — белом веществе, базальных ганглиях, зрительном бугре, стволе мозга и спинном мозге; кора относительно интактна, то есть ВИЧ(СПИД)-деменция носит подкорковый характер [Михайленко А. А., Осетров Б. А., Головкин В. И., 1993].

Клиника

В клинической картине ВИЧ (СПИД)-энцефалопатии (деменции) доминируют проявления, свойственные субкортикальной деменции — раннее снижение психической активности и ослабление памяти [Решетников М. М., Жданов К. В., 1991; Михайленко А. А., Осетров Б. А., Головкин В. И., 1993]. Деменция развивается исподволь и характеризуется триадой синдромов:

1) интеллектуально-мнестические нарушения;
2) изменение поведенческих реакций;
3) двигательные расстройства.

Деменция при ВИЧ-инфекции характеризуется жалобами на забывчивость, медлительность, трудности в концентрации внимания при решении задач и чтении. Апатия, снижение активности, социальная отгороженность, атипичные аффективные расстройства, психозы, припадки — частые проявления ВИЧ-деменции.

Неврологическая симптоматика (тремор, атаксия,, генерализованная гиперрефлексия, глазодвигательные расстройства) и параклинические данные подтверждают диагноз.

При обсуждении проблемы наличия психотических расстройств у ВИЧ (СПИД) больных авторы отмечают, что психозы могут быть в преморбиде, однако часть острых психозов может быть вызвана и вирусом ВИЧ [KingM. B., 1993; Ferrado S. J., 1997].

По их мнению, психозы могут быть:

1) как реакция на узнавание о заболевании, как реакция на стресс;
2) психоз, развивающийся как эндогенный или как спровоцированный другими факторами, но не ВИЧ-инфекцией;
3) психоз, обусловленный инвазией ВИЧ-вируса в центральную нервную систему, при этом у пациентов нет признаков СПИД-деменции.

Клиническая картина психозов может быть разнообразной, но при всем ее разнообразии практически всегда имеют место следующие синдромы: астенический, депрессивный, депрессивно-ипохондрический.

Психологические проблемы, связанные с наличием ВИЧ-инфекции

Огромную роль в клиническом оформлении психических нарушений при ВИЧ/СПИДе играют психологические проблемы, с которыми сталкивается пациент.

Эти проблемы имеют место с момента возникновения подозрения на заболевание и до последнего дня жизни пациента. Уже на первом этапе, когда человек узнает о том, что он инфицирован вирусом ВИЧ, присутствует переживание шока, кризиса, за которыми следует фаза хаотических эмоций, после чего начинается период осознавания болезни и поиска помощи [Thomas M., 1997].

Большое место в переживаниях ВИЧ-инфицированных занимают страхи, в первую очередь, социального характера: страх отвержения, если станет известен диагноз. При этом больные опасаются, что диагноз стигматизирует определенный образ жизни (в глазах населения больной ВИЧ-инфекцией — либо наркоман, либо гомосексуалист, либо проститутка, то есть болезнь оказывается некоей лакмусовой бумажкой, указывающей на «моральный облик» человека). Из-за переживания страха отвержения (в семье, на работе, в месте проживания) у пациентов с ВИЧ-инфекцией в качестве защиты возникают различные формы самоизоляции. Больные переживают страх одиночества, беспомощности, одинокой страшной смерти. Кроме того, многие пациенты испытывают страх за ребенка («как останется без меня?»), за близких («что они скажут о причине моей смерти другим людям, когда я умру, и как отразится это на их судьбе?»).

Переживание страха, чувства вины, которое обычно связано с образом жизни, явившимся, по мнению пациента, причиной болезни, вызывают у пациентов состояние хронического дистресса, сопровождающего их практически на всем протяжении заболевания и во многих случаях обусловливающего суицидальное поведение больных ВИЧ/СПИДом.

По данным M. King (1993), суицидные мысли присутствуют у одной трети всех тех, кто подвергался обследованию на ВИЧ, и эта доля не увеличивается после получения серопозитивного результата тестирования. По его мнению, суицидальное поведение определяется не только и не столько наличием ВИЧ-инфекции, а в значительной мере преморбидными особенностями личности.

По мнению J. W. Baer (1989), наиболее общими стрессорами для пациентов, имеющих суицидальные мысли или намерения, являлись:

1) симптомы ВИЧ-инфекции;
2) ожидание прогрессирования заболевания;
3) потеря любовных отношений;
4) социальный кризис.

Многие симптомы, имеющиеся у больных и трактующиеся как ВИЧ/СПИД-энцефалопатия (деменция), не всегда подтверждались объективными обследованиями и были обусловлены в большей степени психологическими проблемами пациентов. При этом большинство авторов отмечают, что наиболее частыми признаками являлись нарушения приспособления, переживание разных форм отвержения, изменения настроения, личностные нарушения.

Однако частота этих нарушений не отличалась от таковой у больных с другой патологией (онкологической, хирургической и т. д.). Но, поскольку для пациентов ВИЧ /СПИДом заболевание является стигмой образа жизни и отвергается общественностью как «недостойное», «венерическое», «присущее распущенным в половой жизни людям», переживание страха «раскрытия тайны» составляет значительную часть переживаний больных, а страх стигматизации заставляет менять место работы, место жительства и терять тот социальный статус, который они имели до заболевания.

Тревога, невротическая депрессия, пролонгированные нарушения приспособления — частые спутники больных ВИЧ/СПИДом.

Депрессия у ВИЧ-пациентов появляется вместе с первичными физикальными симптомами, однако она может быть признаком не столько наличия психических нарушений, сколько признаком отсутствия у пациента поддержки со стороны близких людей.

Сравнивая пациентов, находящихся на разных стадиях болезни, было установлено, что различий по уровню выраженности психологических проблем нет, но уровень психологического дистресса наиболее высокий у больных на бессимптомной стадии болезни, а самый низкий — у больных на стадии СПИДа [Александрова И. В., 2000; Perkins D. O., 1996].

Для больных ВИЧ/СПИДом характерной является алкоголизация для снятия эмоционального напряжения — дистресса. Кроме того, замечено, что в отделениях между больными и между персоналом и больными часто возникают агрессивные формы реагирования на незначительные провоцирующие ситуации, что также является следствием переживания пациентами хронического дистресса.

Проблема наличия у ВИЧ-инфицированных расстройств личности как следствия заболевания представляется достаточно трудной, так как всегда затруднительно сказать, какие личностные особенности обусловлены преморбидом, а какие — заболеванием. Некоторые авторы [King M., 1993] у 23% ВИЧ-инфицированных обнаруживали расстройства личности, и с их точки зрения именно пациенты с личностными нарушениями легко декомпенсируются перед лицом такого стресса, как смертельное заболевание, каким является СПИД.

Суициды при ВИЧ/СПИДе: как уже упоминалось, суицидальные импульсы — обычны для ВИЧ-больных, но завершенные суицидные действия более характерны для лиц с расстройствами личности, у которых «саморазрушающие тенденции очевидны» [King M., 1994]. Хотя серопозитивный результат тестирования не ведет к повышению риска суицида, существует достаточно высокий риск суицидов у больных активной формой ВИЧ-инфекции. При этом основными причинами суицидов являются:

1) страх летального исхода, деменции, беспомощности;
2) психиатрические проблемы до ВИЧ-заболевания;
3) психосоциальный стресс.

Наибольший риск суицидов — в первые 6 месяцев после установления диагноза и с началом развития СПИДа [Gala C, 1992]. Повышение риска суицидального поведения связывают с неблагоприятным социальным окру-

жением, отсутствием социальной поддержки [Беляева В. В., Ручкина Е. В., Покровский В. В., 1993].

Последние годы проблема суицидов оказалась тесно связанной с проблемой отказов от лечения.

По данным D. Serge, J. S. Hefez (1997) в процессе тритерапии у пациентов появляется депрессия, связанная с мыслями о том, как вернуться к обычной жизни без болезни, наладить личную жизнь, найти профессию, работу.

Было обнаружено, что у больных СПИДом желание поддерживать жизнь на 17-19% выше, чем в популяции, однако при этом 73% больных СПИДом не столько хотели лечиться, сколько обсуждать возможности лечения и лишь 23% были готовы активно лечиться.

Проблема отказов от лечения как пациентов, так и матерей инфицированных детей актуальна в России [Воронин Е. Е., 2000]. Авторы связывают эти отказы со страхом перемен в жизни, которые должны последовать за улучшением здоровья, необходимостью принимать решения по изменению качества жизни и т. д.

Психологические проблемы у ВИЧ-инфицированных женщин стали привлекать к себе внимание последние годы в связи со значительным ростом заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди последних. В настоящее время смертность среди женщин и детей, больных СПИДом, выше ожидаемой.

ЭПВДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

За 1999 г. в мире зарегистрировано 5,4 миллиона ВИЧ-инфицированных, из них женщин — 2,3 млн, детей от 0 до 15 лет — 620 тыс.

Всего же на конец 1999 г. в мире живут с ВИЧ-инфекцией 34,3 млн, из них 15,7 млн — женщины, 1,3 млн — дети (рапорт от 2000 г. Международной организации «ООН-СПИД»).

Все исследователи считают, что качество жизни у женщин с ВИЧ-инфекцией хуже, чем у мужчин: они не практикуют безопасный секс. Женщины нуждаются в большей мере в эмоциональной поддержке, а мужчины больше страдают от социальной депривации. У женщин глубже переживания депрессии, и они нуждаются в более конфиденциальном обследовании [Brown S. N., 1999].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

В мире сегодня 4 млн детей с ВИЧ-инфекцией, 90% из них рождены ВИЧ-инфицированными матерями.

Ежегодно в мире рождаются 300 тыс. детей с ВИЧ-инфекцией.

Инфицируются от матерей 25% детей.

При этом 65% детей инфицируются в родах, 30% — антенатально в III триместре беременности, 20% — при кормлении грудью.

В течение первых 18 месяцев жизни у ребенка могут обнаруживаться ВИЧ-антитела матери, то есть сам ребенок может быть интактен. Поэтому диагностика ВИЧ-инфекции у детей проводится на основе поливирусологических методик.

Однако, помимо перинатального пути заражения, существуют и другие, возможные и у детей, пути инфицирования:

1) переливание ВИЧ-инфицированной крови и ее продуктов;
2) использование нестерильного оборудования для тех или иных медицинских манипуляций;
3) детская проституция;
4) детская наркомания.

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, НАБЛЮДАЕМЫЕ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Помимо обычных соматических признаков, таких как потеря массы тела, хроническая диарея, лихорадка более одного месяца, для детей с ВИЧ-инфекцией характерна задержка психомоторного развития.

Дети подвергаются в обществе не меньшей, если не большей дискриминации, нежели взрослые с ВИЧ-инфекцией. Если ребенок рожден ВИЧ-инфицированной матерью, то чаще всего он оставляется ею в медицинском учреждении, и существует проблема организации домов малютки для инфицированных отказных детей.

Помимо свойственной этим детям задержки психомоторного развития, они с первых дней жизни воспитываются в условиях эмоционального отвержения, депривации и социальной стигматизации, что, несомненно, отражается на их личностном развитии.

Дети, которые инфицированы в более позднем возрасте или достигли более старшего возраста, будучи инфицированными в раннем периоде жизни, оказываются в более трудном положении, нежели взрослые пациенты: с момента инфицирования эти дети имеют «особую маркировку» в поликлинике, школе и т. д. Они оказываются в условиях искусственной социальной изоляции, их общение часто ограничено рамками семьи или такими же пациентами. Семья в свою очередь ограничивает контакты с целью оградить ребенка от возможных физических травм и заболеваний, психологических травм. К тому же многие семьи, имеющие ВИЧ-инфицированного ребенка, тоже оказываются вынужденными менять место жительства, теряют социальный статус, особенно матери, осуществляющие уход за ребенком. Многие семьи распадаются, женщина и ребенок остаются вдвоем со своей бедой.

В результате дети с ВИЧ-инфекцией воспитываются в условиях гиперпротекции со стороны матери, чувствующей себя виноватой в том, что ребе-

нок болен. В свою очередь гиперпротекция инфантилизирует личность ребенка, в его концепции понятия «болезнь» и «я сам» оказываются тесно связанными между собой, что способствует формированию таких черт, как нерешительность, неуверенность, низкая самооценка, установка на избегание решения проблем, эгоцентрическая направленность личности.

Между родителями и детьми существует непроговариваемая вслух «тайна» — родители не говорят ребенку о его болезни, а ребенок не задает вопросов и не пытается с помощью родителей уточнить то, о чем догадывается сам. Поэтому, когда дети подрастают и вступают в подростковый возраст, ни родители, ни дети не готовы совместно обсуждать появляющиеся проблемы (в первую очередь — ограничения в сексуальных контактах).

Еще одна проблема, появившаяся в последние годы — неготовность родителей проводить детям так долго ожидаемую ими терапию, которая требует большого терпения, пунктуальности и ответственности. Родители, долгие годы прожившие в ожидании «чуда» выздоровления, оказываются неспособными ни на изменение ситуации в семье, когда ребенок из больного может стать если не полностью, но достаточно здоровым, чтобы не зависеть от матери. Мать же оказывается перед необходимостью опять изменить жизненный стереотип, перестать быть нянькой больного ребенка, вернуть социальный статус женщины, профессионала. Вероятно, во многом это связано и с проблемами женщин, идущими из их собственных родительских семей.

Огромной проблемой сегодня стали дети-наркоманы и дети-проститутки, инфицированные ВИЧ. Их количество неизвестно, но как наркомания, так и проституция «молодеют».

Как правило, эти дети не имеют поддержки в семьях. Они обычно происходят из антисоциальных слоев общества, их лечение и реабилитация неотрывны от решения конкретных социальных проблем.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Возможности психологического и психотерапевтического вмешательства при ВИЧ/СПИДе. Психологическое консультирование и психотерапия при ВИЧ/СПИДе направлены на решение тех психологических проблем, которые привнесены болезнью или выявлены болезнью, на разрешение внутри- и межличностных конфликтов, которые препятствуют иметь доступное по стадии заболевания качество жизни.

Могут быть предложены следующие формы психологической и психотерапевтической помощи:

1) дотестовое психологическое консультирование лиц, подозревающих у себя наличие инфекции;

2) посттестовое психологическое консультирование ВИЧ-позитивных пациентов;

3) психотерапия пациентов с ВИЧ-инфекцией, у которых имеет место невротический, в том числе и депрессивный уровень реагирования на наличие заболевания;

4) психотерапия пациентов на любой стадии заболевания с целью формирования наиболее конструктивных форм реагирования на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях, с целью формирования «внутренней картины здоровья», коррекции внутри- и межличностных отношений;

5) семейная психотерапия с целью коррекции внутрисемейных отношений;

6) психологическое консультирование и психотерапия с медицинским персоналом, работающим с ВИЧ/СПИД-больными с целью профилактики и устранения «синдрома сгорания».

Для лечения очерченных психопатологических синдромов (депрессивный, депрессивно-ипохондрический, астенодепрессивный, синдром СПИД-деменции) могут использоваться нейрофармакологические средства, однако относительно возможности их применения при ВИЧ-инфекции данные литературы противоречивы. Некоторые исследования показывают, что эти препараты оказывают неблагоприятное воздействие на поврежденную иммунную систему больных. Поэтому терапия психофармакологическими средствами обычно носит симптоматический и кратковременный характер.

Гораздо большее значение в реабилитации психологического и психического состояния больных с ВИЧ/СПИДом во все мире имеют различные формы психолого-психотерапевтической и социальной помощи этим больным, которая осуществляется «командами» специалистов, включающими психиатра, психолога, психотерапевта, социального работника.

Контрольные вопросы

1.Какова триада симптомов ВИЧ-энцефалопатии (ВИЧ-деменции)?

2. Какие формы психотических расстройств характерны для СПИДа?

3. Каковы основные психологические проблемы пациентов с ВИЧ-инфекцией?

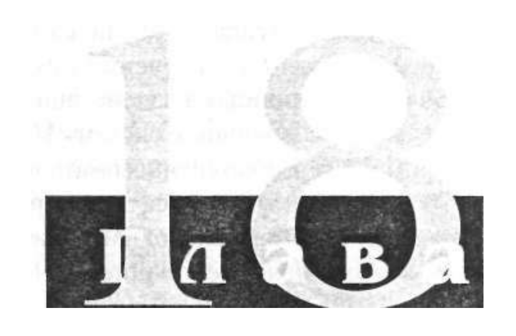
4. Каковы особенности психических расстройств у детей и подростков с ВИЧ-инфекцией?

5. Какова психотерапия лиц с ВИЧ/СПИДом?

Список рекомендуемой литературы

1. *Покровский В. В.* и др. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика, лечение. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА. - 2000. - 489 с.

2. Социально-психологические проблемы больных ВИЧ-инфекцией: Учебное пособие. — СПб, 2001. — 36 с.



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Термин «психосоматика» происходит от греческих слов psyche — дух и soma — тело.

Понятие «психосоматика» включает 2 аспекта:

— психосоматическая медицина;

— психосоматические заболевания (расстройства),

«...психосоматика — это не самостоятельная клиническая дисциплина, но методическая база изучения механизмов участия психологических факторов и психотропных воздействий в развитии и течении расстройств и заболеваний висцеральных систем» [Симаненков В. И., 2003].

Автором термина «психосоматический» является немецкий врач Heinroth (1773-1843). В 1818 г. он сформулировал: «Причины бессонницы обычно психические и соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным основанием». Позже было введено понятие «соматопсихичеекий», подчеркнув преобладание телесного в возникновении некоторых заболеваний.

В настоящее время психосоматическая медицина рассматривается как метод лечения и как наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой. В то же время, она является принципом, обеспечивающим холистический подход к больному не только в какой-то одной области медицины, но во всех сферах доклинического и клинического обследования и лечения. В некоторых странах, прежде всего в Германии, психосоматическая медицина выделилась в самостоятельную специальность.

В настоящее время широко распространена «биопсихосоциальная модель» как соматических, так и нервно-психических расстройств [Икскюль Т., Везиак В., 1990]. Биопсихосоциальная модель предполагает участие психологических и социальных факторов в возникновении, течении, поддержании и исходе не только соматических и нервно-психических расстройств, но и всех болезней человека [Эйдемиллер Э. Г., 2002].

Исследование целого ряда психологических факторов в настоящее время распространилось и на больных с соматической патологией [Карвасарский Б. Д., 1982, 1985; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Исаев Д. Н., 1996; Микиртумов Б. Е. и др.,1990].

В МКБ-10 нет класса психосоматических расстройств, хотя в DSM-IV психосоматические расстройства отнесены к категории психологических факторов, влияющих на соматическое состояние [Дмитриева Т. Б., 1998]. В то же время отдельные психосоматические расстройства расположены в той или иной форме во многих рубриках МКБ-10.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

По данным W. Brautigam, P. Christian (1986 г.) и Д. Н. Исаева (2000), 9,3-40% детей в амбулаторной практике педиатра имеют психосоматическую патологию.

Хронические болезни органов пищеварения

Хронические болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее часто встречающихся заболеваний. По данным В. Л. Пайкова, среди детей и подростков г. Санкт-Петербурга (1996) частота данной патологии за 5 лет возросла в 2,5 раза и составила 28 случаев на 100 при проведении массового осмотра детей и подростков. К младшему подростковому возрасту доля органической патологии увеличивается до 63% (в 5-7 лет составляет 18%). Среди указанных заболеваний доминируют гастродуоденальные, составляя 56,9%. Растет число детей-инвалидов по патологии органов пищеварения. Так, в Санкт-Петербурге на учет поставлены в 1992 г. 53 человека, в 1994 г. уже 134 человека. Психосоматический генез гастроэнтерологических болезней у детей прослеживается в той или иной степени в 40-50% случаев. У детей с хронической патологией гастродуоденальной зоны и проявлениями дистресса отмечается более выраженный нейро-дистрофический процесс в слизистой оболочке, чем у детей, адаптированных к стрессу. Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдались в основном в группе детей с дистрессом [Лукьянова Е. М., Тараховский М. Л., Бабко С. А., 1995]. При проведении лечения у 25-30% больных не удается достичь стойкой ремиссии [Баранов А. А., Климанская Е. В., 1995].

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма — одно из самых распространенных и тяжелых аллергических заболеваний. Распространенность этой патологии среди детей в промышленных городах нашей страны колеблется от 0,6 до 1%. У 25-30% больных детей она имеет тяжелое течение [Балаболкин И. И., 1985; Зисельсон А. Д., 1985]. Неантигенные провоцирующие факторы характерны для 70% больных, причем у 15-20% они являются ведущими. Психогенная зависимость играет существенную роль у 44% детей с бронхиальной астмой [Зисельсон А. Д., Поппе Г. К., Исаев Д. Н., 1989].

Сердечно-сосудистые заболевания

На приеме у педиатра на долю детей с вегетативно-сосудистой дистопией (ВСД) приходится 50-75% от числа обратившихся с неинфекционной патологией [Белоконь Н. А. и др., 1987]. Исследования Н. А. Батановой (1988)

позволили выявить достаточно характерные особенности психологического статуса детей с гипо- и гипертензией. Автором была далее показана более выраженная положительная динамика функционального состояния сердечно-сосудистой системы, при включении психотерапии в комплекс реабилитации (дифференцированно — гипнотерапии, аутотренинга, игровой психотерапии).

Жалобы на боли в области сердца в подростковом возрасте занимают третье место после головных и абдоминальных. Почти в 80% случаев кардиалгии были связаны с эмоциональным фактором [Юрьев В. В., 1991]. При предъявлении жалоб на боли в области сердца обнаружена их связь со смертью близких, тяжелыми заболеваниями родственников, конфликтными ситуациями в семье, с учителями, друзьями, в подростковой группе, при ожидании предстоящей контрольной работы, публичного выступления [Макарова О. Ф., Эйдемиллер Э. Г., 1992].

Гинекологические заболевания

Б. Е. Микиртумов (1990) указывает на недостаточность сведений о состоянии нервной и психической систем при патологии репродуктивной функции в пубертатном возрасте. В структуре гинекологической заболеваемости детей и подростков функциональные расстройства репродуктивной функции составляют около 25%, являясь основной формой данной группы заболеваний. У девочек с данной патологией описано преобладание хронических психогений (60%) над острыми (40%). Среди последних преобладают острая угроза жизни, попытки изнасилования, несчастные случаи, наказания.

Нервная (психическая) анорексия

Нервная (психическая) анорексия (в МКБ-10 — F50.0) — расстройство, при котором основными симптомами являются стойкий, активный отказ от приема пищи, заметная потеря массы тела и грубые нарушения функции эндокринной системы. Распространенность — 0,5-1% девочек-подростков [Дмитриева Т. Б., 1998]. Отмечается подъем заболеваемости данной патологией, преимущественно в развитых странах, среди жителей промышленных центров. Современная тенденция — снижение возраста, в котором возникает данное заболевание, и относительное увеличение числа лиц мужского пола [Исаев Д. Н., 2000].

Эндокринные растройства

Психопатогенные факторы играют важную роль в возникновении эндокринных расстройств.

Е. В. Елфимова (1995) отмечает подавляющую частоту психогенного диабета. Только у незначительной части больных ожирение имеет органическую природу. Частота эндокринных нарушений велика: в 1993 г. в Рос-

сии зарегистрировано 2,5 тыс. детей и 12,8 тыс. подростков, страдающих диабетом. В США извращение аппетита с изменением массы тела отмечается у 10-32% детей от 1 до 6 лет. В целом с возрастом выявляется отчетливая тенденция увеличения количества эндокринных расстройств, в частности, обусловленных психическими нарушениями [Исаев Д. Н., 2000].

Другие психосоматические расстройства

0. В. Оловянишников и Б.Н. Никифоров (1985) отмечают значительный рост аллергодерматозов с 17% в 1962 г. до 55,6% в 1982 г.

По данным психотерапевта 2-й детской больницы Санкт-Петербурга С. Р. Болдыревой, из 403 детей, консультированных ее за год, 80,9% имеют те или иные нервно-психические расстройства. При этом в 40% случаев психологические факторы играли роль в возникновении и поддержании заболеваний и в 12,6% случаях имела место нервно-психическая симтоматика, появившаяся на фоне течения соматического расстройства (цит. по: Исаев Д. Н., 1996). По данным загородного реабилитационного центра «Детские Дюны», где получают ежегодно лечение более 2,5 тыс. детей и подростков с кардиоревматологическими и гастроэнтерологическими расстройствами, 60-70% из них указывают на необходимость психотерапевтической помощи в связи с имеющейся психогенией [Макарова О. Ф., 1999].

КЛАССИФИКАЦИЯ

Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер и Ф. Крегер (1994) выделяют психосоматические реакции и психосоматические нарушения.

Психосоматические реакции появляются в психотравмирующих жизненных ситуациях и исчезают при изменении ситуации без следа. Психосоматические реакции могут появляться у всех людей: сердцебиение при встрече влюбленных, изменение аппетита при печали, интенсивной работе, учащение мочеиспускания или/и усиление перистальтики при страхе и др. На частоту и универсальность таких реакций указывают поговорки: «душа в пятки ушла», «дух захватило», «мурашки побежали», «сердце радуется», «душа болит» и др.

Психосоматические нарушения делятся на 3 группы.

1. Конверсионные симптомы. Неразрешенный/неразрешаемый невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, преследующий цель привлечения внимания к индивиду, оказавшемуся в сложной ситуации, и метафорического обозначения конфликта. Конверсионные рассройства чаще всего затрагивают сознание, органы чувств и произвольные движения. Примерами могут служить истерические параличи, парестезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены, амнезии, ступор и др.

Пример: девочка-подросток с ВСД смешанного генеза, повторно демонстрировала появление «слепоты» на дискотеках в ситуациях отвержения избранным юношей. Симптом «помогал» обратить на нее внимание коллектива сверстников, медицинских работников, продемонстрировать силу чувства, прервать общение юноши с другой девочкой. Симптом носил символический характер: девочка «не могла видеть», что избранник танцует с «другой».

2. Функциональные синдромы. На прием к терапевту приходят пациенты с неопределенными жалобами на неприятные ощущения в области сердца, ощущения затруднения при глотании, ощущение нехватки воздуха, «комка в горле», нарушение ритма дефекации и мочеиспускания. Клиническое обследование, как правило, не обнаруживает тканевых изменений и дефектов. Alexander (1951) определил данные функциональные нарушения отдельных органов или систем, как органные неврозы (системные неврозы в понимании отечественной школы психиатрии).

3. Психосоматические болезни, или психосоматозы. Психосоматические болезни — первичная телесная реакция на конфликтное переживание, проявляющаяся тканевыми изменениями, патологическими нарушениями органов и систем. Первоначально к психосоматическим заболеваниями относили «святую семерку» («holy seven»): сахарный диабет, эссенциальную гипертонию, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, язвенную болезнь, бронхиальную астму, язвенный колит.

Существуют и другие классификации.

В классификации Engel (1967) предусмотрены 4 типа нарушений:

— психогенные нарушения;
— психофизиологические нарушения;
— психосоматические заболевания;
— соматопсихические нарушения.

К психогенным нарушениям относят конверсионные симптомы и ипохондрические реакции.

К психофизиологическим нарушениям или соматическим реакциям на психическое воздействие относят физиологическое сопровождение эмоций и психических состояний.

Психосоматические заболевания характеризуются морфологическими и функциональными нарушениями, манифестацией преимущественно в подростковом возрасте, хроническим или рецидивирующим течением, психологическими конфликтами и особенностями пациентов, которые обусловливают специфический ответ на стресс в виде соматического расстройства.

Соматопсихические нарушения — психические реакции на соматические заболевания: «внутренняя картина болезни» по А. Гольдшейдеру (1929) и А. Р. Лурия (1935); «типы отношения к болезни» по А. Е. Личко и Н.Я. Иванову (1980).

Существуют классификации психосоматических расстройств у детей.

I. Jochmus и G. M. Schmit (1986) выделили 3 группы психосоматических расстройств.

В *первую группу* вошли психосоматические функциональные нарушения (соматические симптомы без органических поражений). В этой группе они описали психогенные нарушения у грудных детей и детей раннего возраста: нарушения сна, энурез, энкопрез, запор, конверсионные неврозы.

Во *вторую группу* включены психосоматические болезни: бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит, болезнь Крона, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нервная анорексия, булимия, ожирение.

Третья группа объединяет тех хронических больных, у которых возникают тяжелые переживания, вызванные фактом и тяжестью заболеваний и врожденными пороками развития: муковисцидозом, диабетом, хронической почечной недостаточностью, злокачественными новообразованиями.

В настоящее время не существует классификаций психосоматических расстройств, сколько-нибудь удовлетворяющих всем требованиям научного осмысления фактов и запросам клинической медицины.

ЭТИОЛОГИЯ

Для понимания психосоматики важно обозначить теоретические концепты, объясняющие ее этиопатогенез. Теории возникновения психосоматических расстройств условно можно разделить на 3 группы [Эйдемиллер Э. Г., 2001].

1. Психодинамические теории.
2. Биологически-центрированные теории.
3. Холистические теории, системные.

В настоящее время этиологические теории групп 1 и 2 в чистом виде считаются редукционистскими и в меньшей степени используются в медицине. Мы приводим описание основных концепций, сыгравших наиболее яркие роли в истории развития психосоматики.

Психоаналитические (психодинамические) теории

Зигмунд Фрейд открыл, что благодаря *защитным механизмам* из сознания вытесняются те переживания, которые не могут быть приняты Эго и переработаны сознанием в существующем виде. Вытесненные из сознания события сохраняют свою энергетическую и информационную значимость и по ту сторону порога сознания [Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994]. Блокировка потребностей приводит к нарастанию эмоционального напряжения, которая приводит к трансформации энергии и информации в симптомы соматовегетативиых нарушений.

Психоанализ создал *трехчленное разделение структуры личности на Ид, Эго и Супер-Эго.* Ид есть область бессознательного, инстинктивного, которые поддерживают Эго и Супер-Эго и влияют на них. Под Эго понимают осознаваемые аспекты личности, самосознание и произвольную деятель-

ность. Супер-Эго является носителем норм морали и выполняет функции предписывающие, обязывающие (долженствование) и ограничивающие.

Следующее понятие психоанализа — это *актуальный конфликт,* который вызван столкновением потребностей в удовольствии и ограничений реальности. Для индивида важно, ведут ли они к конструктивно-творческим состояниям напряжения или дают заряд пусковому фактору болезни. В последнем случае бессознательные процессы должны быть вскрыты и интегрированы в сознательные структуры личности.

3. Фрейд ввел понятие *истерической конверсии.* Последователи 3. Фрейда предполагали, что соматические симптомы, равно как и невротические, представляют собой неэффективный способ разрядки подавленной сексуальной энергии. Сейчас эта точка зрения не получила достаточного подтверждения.

Концепции «профиля личности». Первый шаг в поиске специфических особенностей личности, патогномоничных для конкретных соматических расстройств, был сделан Дж. Райхом (1948), описавшем инфантильную личность. Инфантильная личность характеризовалась зависимостью и пассивностью, детскими способами мышления, склонностью к завышенным притязаниям, пассивной агрессивностью. Психоаналитическое исследование вскрывало эмоциональную сцепленность таких больных с *«ключевой фигурой»,* обычно матерью. Таким образом, Райх обратил внимание на несколько чрезвычайно важных обстоятельств в картине психосоматоза: симбиотическую природу материнско-детских отношений у психосоматических больных; «недоразвитие» личности, выражающееся в детских способах мышления, чувствования и поведения [Былкина Н. Д., 1997].

F. Dunbar (1954) разработала *теорию «личностного профиля».* Ф. Данбар пришла к выводу, что люди, страдающие одной и той же болезнью, похожи по личностным особенностям, которые и ответственны за возникновение заболевания. Она описала профили личности для 8 болезней, которые, по ее мнению, в большей степени, чем все остальные, зависят от личностных факторов. Это — ревматоидный артрит, сахарный диабет, гипертония, сердечная аритмия и т. д. Кроме того, она выделила коронарный, гипертонический, аллергический и «склонный к несчастьям» профили личности. При составлении профилей учитывались самые разнообразные анамнестические данные: частота болезней и несчастных случаев у близких родственников, семейная ситуация (количество разводов, потеря родителей, отношения с ними); истории прошлых болезней, операций, образование, социальный статус, отношения с окружающими и т. д. Данбар считала, что только взятые вместе, они могут дать представление о личности в целом. Автор не придавала значения исследованию глубоких слоев психики больных. Она утверждала, что ее концепция рассматривает болезнь в не ограниченном интрапсихической сферой контексте. Важность теории состоит в указании на значимость совместного влияния различных аспектов жизнедеятельности человека на предрасположенность к болезни. Кроме того, эта концепция оказала огромное влияние на последующее развитие психосоматики. Теория личностного

профиля не описывала механизмов, осуществляющих влияние личностных черт на развитие болезни, тогда как именно эта задача всегда являлась одной из основных в психосоматике [Былкина Н. Д., 1997].

Тип личности «А» был описан Р. Розенманом и М. Фридманом (1959) и подтвержден исследованиями Ю. М. Губачева (1978) преморбидного состояния больных с ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда. Данный тип личности характеризуется мотивацией на достижение высоких социальных малоструктурированных целей, их характеризует «уход в работу», дела у них на работе идут лучше, чем в домашней обстановке. Больные характеризуются торопливостью в ведении дел, ощущением нехватки времени, чувством высокой ответственности за порученное дело. Для них характерно агрессивное отстаивание своих представлений о собственном достоинстве. Развитием теоретических представлений о влиянии типов личности на формирование психосоматических расстройств явилась концепция «акцентуаций личности» К. Леонгарда (1981), развитая в нашей стране А. Е. Личко (1983). Концепции профилей личности оказались отставленными вследствие того, что многие больные, обладавшие признаками конкретного профиля, болели другими болезнями. Большое значение продолжает иметь «инфантильная личность», обладающая эгоцентрической направленностью личности, лабильностью аффектов, признаками магического мышления как внутренними условиями для формирования психопатий, неврозов и психосоматических расстройств [Эйдемиллер Э. Г., 1994].

Большое воздействие на психосоматику оказала *теория «специфичности интрапсихического конфликта»,* принадлежащая врачу и аналитику Францу Александеру (1891-1964). Он исходил из того, что «психосоматические исследования требуют как детального и точного описания психологических взаимосвязей, так и точного наблюдения сопутствующих физиологических процессов» [Alexander F., 1951]. При этом он предполагал, что для формирования психосоматического нарушения необходим *«конституциональный фактор X»*.

Александер выделил группу психогенных расстройств вегетативных систем организма и назвал их *вегетативными неврозами.* В этом случае симптом является нормальным физиологическим сопровождением хронических определенных эмоциональных состояний.

Александер писал о вегетативном неврозе в случае персистирования физиологического сопровождения эмоциональных состояний напряжения при отсутствии механизмов сбрасывания за пределы личности (первый этап). На втором этапе обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах. С помощью психоаналитической техники он идентифицировал такой конфликт для семи психосоматических заболеваний: сахарного диабета, эссенциальной гипертонии, тиреотоксикоза, ревматоидного артрита, язвенной болезни, бронхиальной астмы, язвенного колита. Так, у больного эссенциальной гипертонией возникает конфликт между выражением агрессии и страхом наказания; больной астмой подавляет желание быть накормленным и ухоженным и «сдерживает плач»; страдающий нейродерми-

том подавляет желание физической близости; больные тиреотоксикозом борются против страха смерти с помощью контрфобических установок. Пациенты с язвенной болезнью вовлечены, по убеждению Александера, в конфликт между потребностью в зависимости, опекаемости и нарциссическим стремлением к автономности. Запрет на удовлетворение потребностей приводит к регрессивным состояниям, в которых потребности и связанные с ними эмоции выражаются физиологически. Например, потребность в любви превращается в желание быть накормленным (при этом хронически активизируется пищеварительный тракт, что приводит к гастриту).

Нозология заболевания зависит от вида *иитрапсихического конфликта,* каждому из которых соответствуют строго определенные эмоциональные переживания со своими собственными физиологическими коррелятами. Таким образом, невозможность удовлетворения потребностей в тесных отношениях при посредстве парасимпатической нервной системы может привести к развитию язвенной болезни, язвенного колита, бронхиальной астмы, а при блокировке агрессии — к артриту, эссенциальной гипертонии, тиреотоксикозу и т. д.

Причиной блокады действий по Александеру являются жизненные констелляции, в которых актуализируются конфликты из превербальной жизни индивида. По определению Александера, все описанные болезни являются многопричинными: в этиопатогенезе каждой болезни важное значение имеет множество факторов: наследственность; родовые травмы; заболевания раннего младенчества, которые могли увеличить уязвимость определенного органа; физические травмы в младенчестве, детстве, во взрослом возрасте; эмоциональный климат в семье и личностные черты родителей и сиблингов; эмоциональные переживания во взрослой жизни. Психосоматика, с точки зрения Александера, всего лишь добавляет последние три фактора к традиционно рассматривающимся в медицине. Идея о том, что интрапсихический конфликт может стать «спусковым крючком» для цикла эмоциональных, физиологических, биохимических процессов, способных привести к серьезному органическому заболеванию, оказалась чрезвычайно продуктивной. Проведены успешные эксперименты, подтверждающие эту теорию [Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994; Былкина Н. Д., 1997].

Вильгельм Райх (1949) описал феноменологическую картину развития так называемого *«личностного панциря»* и *«мышечного панциря»,* выступающего в качестве защитного механизма от психотравмирующих факторов. Автором сделана попытка переноса модели психических центров («чакр») на теорию сегментарное™ мышечного панциря, в котором он выделяет семь уровней основных защитных мышечных сегментов.

Сегменты панциря выступают в качестве зон проекций состояния соединительной и мышечной тканей соответствующих зон, коррелирующих с определенными психоэмоциональными состояниями личности. Райх называл свою терапию *«характерной аналитической вегетотерапией»,* или *«характерологическим анализом».* Вегетотерапия была направлена на мобилизацию чувств через дыхание и другие телесные техники, которые активизировали вегетативные центры. Пациент во время терапии вскрывает перво-

начальные конфликты и находит новые пути для совладания с ситуациями, угрожающими его функционированию. Ранее он «заковывался в броню», которую он использовал как средство защиты. «И только оживление прошлого заново давало человеку возможность роста в настоящем. Если прошлое отрезано, будущего не существует» [Лоуэн А., 1998].

Для объяснения взаимосвязей личностного и соматического у психосоматических больных некоторые исследователи стали использовать понятие регрессии.

Двухфазную *теорию «десоматизации-ресоматизации»* создал личный врач 3. Фрейда М. Шур (M. Schur). В основу своей теории М. Шур положил наблюдение за трудными детьми, которые реагировали на изменения психологической ситуации изменениями физиологических и соматических функций.

В процессе развития ребенка происходит формирование восприятия, памяти, механизмов регуляции деятельности. Ребенок обучается все более объективно оценивать реальность, контролировать собственные инстинктивные побуждения и желания.

Индивид формирует психическую структуру, позволяющую ему управлять своими приспособительными реакциями.

В младенческом возрасте человек реагирует на нарушение гомеостаза с помощью только физиологических механизмов, поскольку не обладает достаточно дифференцированной психической структурой.

По мере развития Эго реакции становятся все более «психическими», вызникает психическое отражение, контроль побуждений, эмоций и др. Этот процесс обозначен М. Шуром как **десоматизация.**

В тех случаях, когда Эго взрослого человека оказывается слабым и диффузным, а он, в свою очередь, оказывается во фрустрирующей или стрессовой ситуации, может произойти регресс на более раннюю фазу развития. В этом случае взрослый человек реагирует подобно младенцу не психическими, а физиологическими механизмами, приводящими к формированию соматических симптомов. Этот процесс обозначен М. Шуром как **ресоматизация.**

Г. Вейланг (1977) расширил концепцию М. Шура за счет того, что ввел понятие силы Эго и действия психологических защит. Психологические защиты Эго устанавливают и поддерживают психологический гомеостаз, смягчая действие внутренних и внешних стрессоров.

Следующим шагом в рассмотрении механизмов совладания со стрессом, характерных для психосоматических больных, стала концепция двухфазной защиты, или двухфазного вытеснения А. Мичерлиха (1956). На первой фазе действия психической защиты типа вытеснения формируется невротическое расстройство в связи с тем, что конфликт оказывается неразрешенным. На второй фазе происходит изменение соматических функций, приводящее к формированию того или иного психосоматического расстройства.

Эта концепция объясняет часто наблюдаемую у больных смену невротических симптомов. Невротические симптомы отчетливо отступают при формировании соматической болезни и часто возвращаются при выздоровлении

от нее. Исходя из этого, Б. Д. Карвасарский (1982) считал, что заболевание неврозом «страхует» от психосоматического заболевания. Наши исследования показали, что чаще всего происходит смена синдромов [Эйдемиллер Э. Г., Черемшин О. В., 1989]. Например, синдром невротических расстройств Ю синдром делинквентного поведения ю психосоматическое заболевание Ю параноидный синдром в рамках шизофренииЧ

Дж. Энгел (G.Engel) изучил взрослых и детей с тяжелыми соматическими болезнями (лейкемией, язвенным колитом). Дж. Энгел (1980) показал, что эти заболевания часто развиваются вслед за *потерей «ключевой фигуры»,* игравшей наибольшую роль в жизни человека [Былкина Н. Д., 1997].

Переживания, связанные с *потерей объекта,* часто встречаются в дебюте психосоматического заболевания. H. Freyberger (1976) определял эти переживания как «процесс действительной или угрожающей или воображаемой потери объекта». Психосоматическим больным трудно адекватно переработать свои переживания потери объекта. В силу своей лабильной самооценки они воспринимают ее как *иарциссическую травму.*

В нашей практике мы видим, как глубоко и безысходно дети и подростки переживают переезды в другой район города, смену школы, отъезд друга/подруги, смерть не только родителей, но и прародителей, смерть или потерю животного, подчас потерю игрушки. Важно учитывать, какую роль играл «объект» для данного, конкретного ребенка.

Пример. В реабилитационный центр был направлен Костя, 12 лет из городской больницы после обследования, проведенного педиатрами, с диагнозом «вегетососудистая дистония пубертатного возраста». Психиатром осмотрен не был. Жил с родителями в хороших материальных условиях. В терапевтической группе Костя во время первых сессий проникал между спортивными матами и лежал там неопределенно долгое время. Состояние подавленности разрешилось после проигрывания им ситуации, когда ему сообщили о недавней гибели старшего брата в одной из «горячих точек» нашей страны. Последующее обсуждение касалось желания/нежелания продолжения жизни, наличия или отсутствия ее перспектив, перспектив ребенка в будущем и его страха смерти. Метафорически описывая ситуацию, можно сказать, что мальчик пытался «примерить смерть», лежа между матами. Мальчик постепенно стал обучаться жизни без старшего брата, фигура которого была столь значима. В этом случае мы видели реакцию на гибель старшего брата в форме ощущения перебоев в области сердца, головных болей, слабости, утомляемости, колебаний артериального давления. Психиатрическая симптоматика не выявлена.

Обсуждая вопрос о механизме, связывающем переживание потери и начало болезни, Дж. Энгел выдвинул идею о том. что психосоматические больные используют *«ключевую фигуру»* как средство, жизненно необходимое им для успешной адаптации. Потеря «ключевой фигуры» воспринимается как утрата части себя, провоцируя сверхсильные чувства беспомощности, безнадежности, тоски, увеличивающие уязвимость организма и риск возникновения болезни.

Понятие «потеря объекта» стало использоваться во многих психосоматических теориях.

«Потеря объекта», сенсибилизирующая подверженность стрессу, с точки зрения многих современных теорий связана с *наличием специфических дефектов в структуре «Я»*. Г. Кохут (H. Kohut, 1971) считал, что различные составляющие «Я» формируются в течение раннего детства как результат взаимодействия с родителями. Родители при этом переживаются как части личности ребенка — «Я-объекты», которые характеризуются надежностью, стабильностью и всемогуществом. В процессе интернализации эти виды отношений ведут к образованию устойчивого Я, обеспечивающего чувства самоуважения, спокойствия и значимости. Нарушения «Я-объектных отношений», возникающие как результат эмоциональной неадекватности родителей, приводят к образованию *дефектной Я-структуры ребенка*. Он не может сформировать самоуважение, становится депрессивным, переживает чувства пустоты и фрагментированности своего Я. Кохут рассматривал психосоматические расстройства как следствие искажений личностного развития больных на фазах, предшествующих эдипальной. Следовательно, уместен вывод, что эти расстройства находятся в генетическом сродстве с психозами и расстройствами личности.

Гюнтер Аммон был одним из основателей динамической психиатрии. Глубокая любовь к человеку и холистическое мышление заставили Г. Аммона постоянно искать пути к пробуждению в пациентах творческого потенциала, заложенного в каждом [Кабанов М. М., 1995]. Динамическая психиатрия рассматривает концепцию многофакторного генеза расстройств, понимая патологию как выражение и результат патогенной динамики, в которой взаимодействуют психические, соматические и социальные факторы. Центральным инструментом лечения является терапевтическая среда всей клиники, которая принимает и стимулирует здоровые компоненты личности пациента, позволяя ему проработку конфронтации со своим заболеванием в рамках понимающей итерпретации. Г. Аммон (1995) относил психосоматические нарушения к архаическим заболеваниям Я наряду с психозами, неврозами и сексуальными перверсиями. Развитие личности ребенка обеспечивает мать в симбиотическом союзе с ним и первичная группа, окружающая диаду и выстраивающая границу с внешним миром. Архаические заболевания Я являются следствием специфических нарушений Я и развития идентичности в первичной группе, неспособной стимулировать и поддерживать ребенка в его развитии. Первичная группа психосоматически предрасположенного человека характеризуется холодностью чувств, доминирующим поведением, эмоциональной заброшенностью, эмоциональной холодностью и неспособностью адекватно реагировать на попытки отделения ребенка. Эмоциональное внимание ребенок получает в результате физического заболевания или возникновения симптомов. Групповая динамика и социальная энергия проявляются в виде тяжелого дефицита в центральном ядре личности, так называемая «дыра в Я». Эта дыра «заполняется психосоматическим заболеванием», которое становится как бы заменительной идентичностью больного. Г. Аммон справедливо называл психосоматические расстройства «шизофренией внутренних органов». Психотерапия, понимаемая в рамках данной модели, должна содействовать восстановлению целостности и стабилизации структуры личности. Учитывая

довербальный период нарушения структуры Я, особенно ценны невербальные способы терапии в гетеросоставленной группе.

Концепция алекситимии. «Алекситимия» (лат. а — частица отрицания, legere — читать; греч. thymos — чувство) в переводе означает «нет слов для обозначения чувств».

В 1948 г. J. Ruesch установил, что многие пациенты, соответствующие параметрам описанной им «инфантильной личности» и страдающие классическими психосоматическими болезнями, проявляют трудности в вербальном и символическом выражении эмоций. Похожие особенности психосоматических пациентов были описаны в 1963 г. P. Marty и De M' Uzan: неспособность к свободным фантазиям, конкретность, заземленность и ригидность ценностных ориентации. В 1973 г. P. Sifneos сформулировал *концепцию алекситимической личности* и высказал гипотезу о том, что подобное свойство личности приводит к фокусировке эмоций на соматическом компоненте личности-организма. Понятием алекситимия обозначается неспособность человека к эмоциональному резонансу. Это понятие включает в себя трудности в определении (идентификации) и описании собственных чувств, в дифференциации чувств и телесных ощущений, сужение аффективного опыта, снижение способности к символизации, бедность фантазий и воображения, предпочтение фокусирования внимания на внешних событиях.

У здоровых и у больных с алекситимией обнаружены затруднения в репрезентации сновидений, что отражает нейрофизиологическую дисфункцию. Сновидения играют важную роль в регуляции поисковой активности, которой отводят в свою очередь важное значение в формировании психосоматозов [Ротенберг В. С, 1994].

В состоянии бодрствования поведение человека носит альтернативный характер: если он совершает поступок А (например, чистит зубы), то он не может совершить поступок Б (поглощать пищу, совершать половой акт и т. д.).

В сновидениях границы возможного расширяются. В сновидениях отсутствует альтернативность, делающая противоречия неразрешимыми. Благодаря этому сновидения способствуют регуляции и поддержанию высокого уровня поисковой активности.

Для объяснения синдрома алекситимии J. S. Nemiah выделяет две модели: «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов, поэтому в данном случае можно говорить о «вторичной алекситимии» и рассматривать ее как психологическую защиту, предполагая ее обратимость.

Ряд авторов считают, что у многих больных алекситимические проявления необратимы, несмотря на длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию [Ересько Д. Б., Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В., Карвасарский Б. Д., 1994]. Такого рода алекситимия является первичной. Для объяснения ее используется модель «дефицита», вызванного биохимическими, нейрофизиологическими или генетически обусловленными нарушениями. В настоящее время доказано, что вторичная алекситимия обратима в процессе групповой и семейной психотерапии [Эйдемиллер Э. Г., Макарова О. Ф.,

1997, 2001; Билецкая М. П., 2002]. Необходимо накопление данных, чтобы подтвердить или опровергнуть сам факт существования первичной алекситимии.

Имеются данные литературы, указывающие на неблагоприятное течение неврозов, психосоматических расстройств, заикания у лиц с более высокими показателями алекситимии. В. Б. Шифрин (1994) показал, что уровень алекситимии у больных неврозами значительно выше, чем у здоровых лиц. Возрастание алекситимии является фактором, уменьшающим уверенность в социальном одобрении и усиливающим неспособность к формированию адекватных защитных механизмов. Установлена также прямая положительная корреляционная зависимость между уровнем алекситимии и выраженностью соматических жалоб в данной группе больных. Высокоалекситимичные больные более зависимы, необщительны, робки и терзаемы чувством неполноценности. Они более склонны к доминированию. Высокому уровню алекситимии соответствует уменьшение уверенности в социальном одобрении и снижение уровня социальных способностей. Психосоматические пациенты значительно отличаются от больных неврозами, которые готовы выговориться о своей чувственной жизни. Для психосоматических же пациентов характерны обеднение словарного запаса и неспособность вербализовать конфликтные переживания. Эти больные — в отличие от больных неврозами — хорошо адаптированы в своем социальном окружении. Они могут годами демонстрировать себе и близким состояние удовлетворенности и приходить к врачу с симптомами и при этом быть искренне уверенными, что у них нет психологических проблем. Для этих больных язык органов, боль является «будильником в их ненарушенном мире», как это выразил V. Weizsaecker [цит. по: Любан-Плоцца Б., Польдингер В., Крегер Ф., 1994].

Многие авторы рассматривают алекситимию как следствие дефекта развития и, следовательно, недостаточно высокого уровня психосоматического функционирования. Другие утверждают, что алекситимия ведет свое происхождение от семейной среды, в которой нет места выражениям чувств относительно реальности жизни. Эта позиция может затем углубиться в многолетнем обучении ригидному следованию общественным нормам.

Алекситимию стали обнаруживать у онкологических больных, у страдающих почечной недостаточностью, ревматоидным артритом, ожирением, у наркоманов, алкоголиков, лиц с маскированной депрессией, у психиатрических пациентов, больных СПИДом и у «патологических» игроков в азартные игры и у здоровых людей.

При исследовании подростков 12-15 лет с использованием Торонтской Алекситимической Шкалы (TAS) показано, что средние показатели уровня алекситимии у здоровых подростков достоверно выше средних показателей ее у здоровых взрослых, приводимых в литературе [Карвасарский Б. Д., Исурина Г. Л., Крылова Г. С, 1994 г.].

У подростков с эрозивным гастродуоденитом средний уровень алекситимии выше, чем у здоровых, процент подростков с алекситимией среди больных выше, чем среди здоровых. Выявлено статистически достоверное снижение уровня алекситимии в процессе психотерапии [Макарова О. Ф., Эйде-

миллер Э. Г., 1995]. Динамика уровня алекситимии в ходе проведенной психотерапии указывает на вторичный ее характер.

Концепция алекситимии сыграла важную роль в развитии психосоматики, поставив вопрос о природе способа чувствования и мышления, наблюдаемого у психосоматических больных.

Биологически-центрированные теории

Учение И. П. Павлова об условных рефлексах. И. П. Павлов (1849—1936) различал 2 вида нервной деятельности: деятельность низшей нервной системы служит главным образом интеграции связей отдельных частей организма между собой; задача высшей нервной деятельности — установить сложные связи организма с окружающим миром». И. П. Павлов различал условные и безусловные рефлексы. Врожденные, подкорковые, безусловные рефлексы служат удовлетворению таких базисных потребностей, как поиск пищи. Они соответствуют тому, что понимается под инстинктами и побуждениями. Условные же рефлексы являются следствием научения. И. П. Павлов обозначал их как «элементарное предметное мышление, служащее адаптации организма к окружающему миру» [Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994].

В отличие от безусловных рефлексов, где вызывающий их раздражитель проходит генетически заложенный путь, при условных рефлексах этот путь формируется в ходе многократных повторений. С физиологической точки зрения эффект такого, уже условного, рефлекса не отличается от безусловного. В распоряжении человека имеется язык — вторая сигнальная система для формирования условных рефлексов.

Для объяснения психосоматических расстройств модель безусловных рефлексов представляет интерес.

В экспериментах на животных можно получить экспериментальный невроз, экспериментальную бронхиальную астму и т. п. Если сформировать два условных рефлекса с противоположными реакциями и далее дать соответствующие раздражители одновременно, подопытные животные демонстрируют поведенческие и вегетативные нарушения вплоть до необратимых органических поражений в виде гипертонии, инфаркта миокарда.

Павлов пренебрег субъективными переживаниями, воображаемым внутренним миром своих подопытных и оставался в роли физиолога, объективного наблюдателя. Ученые обратили внимание на то, что болезнетворными являются не ситуации как таковые, а тип реагирования личности-организма в таких ситуациях. Christian и др. (1966) указали на значение личности повышенного риска, которая воспринимает определенные ситуации как конфликтные. Б. Любан-Плоцца описал рентгенологическое исследование больных с заболеваниями желудка с использованием структурированного интервью, затрагивающего проблематику зависти и злобы. Во время разговора о пусковой ситуации, при упоминании ключевого лица возникал интенсивный пилороспазм, опрежая вербальную реакцию больного [Любан-Плоцца Б., Пельдингера В., Крегер Ф., 1994].

Несмотря на эти методические трудности, школа Павлова и исследование поведения оказали стимулирующее влияние на последующие концепции теории научения и поведенческой терапии.

Физиолог Cannon (1871-1945) установил, что экстремальные ситуации («emergency states») *готовят организм к борьбе или бегству* («fight or flight»). Телесные изменения, сопутствующие некоторым аффектам, являются средством для достижения цели, будь это преодоление или подготовка к бегству.

С точки зрения нейрофизиологов, каждая экстремальная ситуация ведет к активации гипоталамуса, который тотчас же запускает защитные механизмы на двигательном, висцеральном и нейрогормональном уровнях. Одновременно поступают сигналы коре мозга, что Делает возможными восприятие и распознавание эмоции. Если угроза для организма сохраняется, силы для поддержания внутреннего равновесия должны оставаться активными более длительно. Тем самым могут вызываться функциональные, а также и органические нарушения затронутых систем [Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., 1994].

Кортико-висцеральная теория. К. М. Быков и И. Т. Курцин в 1960 г. создали гипотезу о кортико-висцеральном происхождении психосоматических заболеваний.Возникновение последних связано с первичным нарушением корковых механизмов управления висцеральными органами, обусловленным перенапряжением возбуждения и торможения в коре мозга. Пусковым механизмом психосоматических расстройств могут быть факторы внешней или внутренней среды или нарушения экстро- и интероцептивной сигнализации, приводящие к конфликтной ситуации между возбуждением и торможением в коре и подкорке. Избирательность локализации болезненного процесса связывалась с функциональным состоянием органа, его повышенной реактивностью и пониженной сопротивляемостью. В настоящее время данная концепция имеет историческое значение.

Теория ларвированной депрессии. Обязательность депрессии при психосоматических расстройствах подчеркивали В. Д. Тополянский и М. В. Струковская (1986).

К биологически-центрированным теориям относятся линейные связи между инфекционным агентом и заболеванием: туберкулез, стрептококковая ангина, хеликобактер-зависимые эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, «инфекционная»бронхиальная астма и др. Достаточно популярны теории, объясняющие возникновение заболевания в связи с наличием иммунного и аутоиммнного конфликтов: аллергический дерматит, бронхиальная астма, аллергические конъюнктивиты и риниты и т. д.

Рассматриваются механизмы системного поражения соединительной ткани с многообразным поражением органов: красная волчанка, ревматоидный артрит, дерматомиозит и др. Имеются заболевания, этиология которых описывается как инфекционно-аллергическая. Указывают тонкие механизмы нарушения функцинирования и регуляции гормональной системы, системы энзимов.

Холистические, системные теории психосоматической медицины

Согласно общей теории систем — население земного шара, нации, народы, общества, неорганическая природа, личности, семьи, организмы, системы организма, внутренние органы, ткани, клетки, молекулы и атомы являются подсистемами, входящими в одну глобальную экосистему под названием Жизнь.

Живые открытые системы в отличие от неживых характеризуются существованием в неравновесных условиях, обменом информацией и энергией с другими системами [Пригожий И., 1992].

Неравновесность обусловлена взаимосвязанным реципрокным действием двух законов — сохранения гомеостаза и отклонения гомеостаза.

Закон сохранения гомеостаза способствует сохранению приобретенного опыта, его консервации и автоматизации.

Действие закона отклонения от гомеостаза определяет дифференциацию опыта, усложнение поведения. Следствием взаимосвязанного реципрокного действия этих двух законов является то, что живые системы, в частности личность и организм, стремятся как к сохранению сложившихся связей между элементами, так и к их эволюции.

Внешние и внутренние колебания в системе, обусловленные воздействием других систем, обычно сопровождаются реакцией, возвращающий систему в ее устойчивое положение. В случае усиления колебаний в системе может возникнуть кризисное состояние, разрешение которого приведет систему к новому уровню функционирования (конструктивный путь), либо, в случае блокировки колебаний, в системе возникнет стагнация (деструкция), способствующая возникновению симптомов [Эйдемиллер Э. Г., 1996].

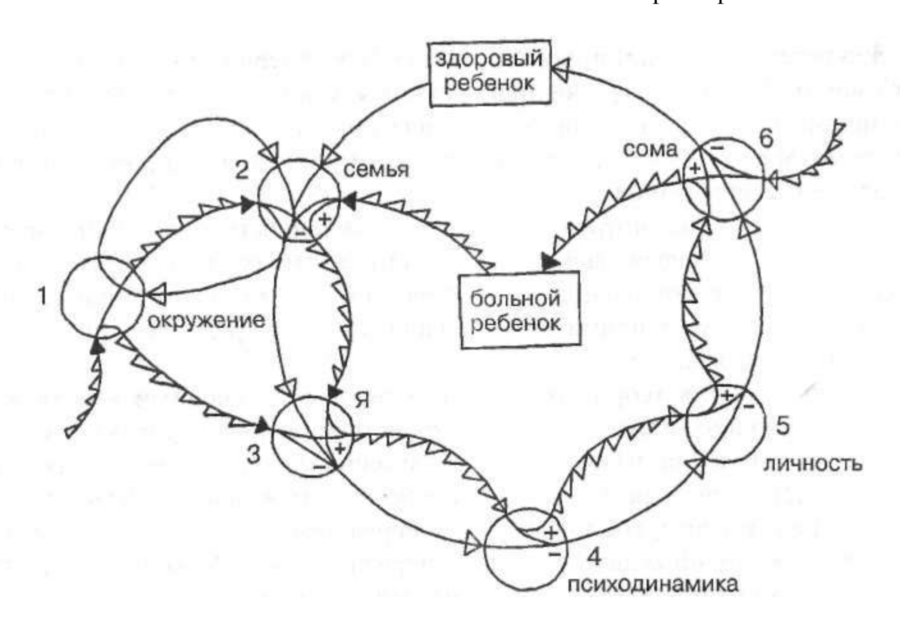
Рассмотрим «Психосоматическую системную модель» [Оудсхорн Д. Н., 1993], которая помогает построению мультимодальных диагноза и терапии.

Основа этой модели — саморегулируемые контуры, которые передают и трансформируют информацию на шести уровнях, обеспечивая «здоровье» функционирования системы (на рис. 21 отмечены сплошными стрелками). Здоровье обеспечивается способностью системы саморегулироваться и адаптироваться к изменяющимся обстоятельствам, обусловленным функциями других систем. Стрессовые воздействия, заставляющие систему переструктурироваться на всех 6 уровнях, обозначены волнистой стрелкой (рис. 20).

Шесть уровней психосоматической системной модели.

1. Социальный стресс. Безработица, отвержение соседями, неудачи в общении в школе и др. могут оказывать существенное влияние на уровень 2, на функционирование семьи.

2. Семейный уровень. Стрессы, вызывающие дисфункцию семьи, могут быть внешними по отношению к семье (уровень 1) или внутренними, например, больной член семьи, особенно ребенок. Сам факт болезни вызывает эмоцио-



\+ — положительная обратная связь, усиливающая отклонения, способствующая распространению стресса.

\- — отрицательная обратная связь, способствующая редукции стресса.

Рис, 20. Влияние стрессовых воздействий на систему.

нальные реакции у других членов семьи в виде тревоги, паники, раздражения, злости, переживания беспомощности и желания избавиться от такого ребенка любыми способами — длительная госпитализация в больницу, реабилитационные центры и др.

Семейное воспитание в виде доминирующей или потворствующей гиперпротекции (скрытый вид патологизирующего семейного воспитания по типу эмоционального отвержения), явного эмоционального отвержения в одних случаях подкрепляет и фиксирует наличие соматического симптома, в других не только фиксирует симптомы, но и блокирует личностное и физиологическое развитие ребенка.

Психосоматические симптомы могут играть в жизни пациентов роль адаптирующего фактора, сходного по своим эффектам с третичной выгодностью невротического симптома (глава 14).

В «ригидных псевдосолидарных семьях» [Эйдемиллер Э. Г., 1976], сопротивляющихся динамическим изменениям и характеризуемых ригидным гомеостазом, малейшее воздействие извне — необходимость сменить работу, школу и др. — и изнутри — пубертат подростка — вызывает нарастание напряжения. Это напряжение может способствовать тому, что подросток либо покинет дом, либо переработка стрессов достигнет более глубоких уровней, следствием чего может стать соматическое расстройство или психоз.

3. Уровень «Я», на котором происходит соединение внешнего и внутреннего миров. Важное значение приобретают механизмы совладания (копинг-механизмы). У больных с психосоматическими расстройствами доминирующим механизмом совладания является коммуникация с миром с помощью соматических симптомов.

Уровень 4 — рассмотрение внутри- и межличностных конфликтов с их осознанными и неосознаваемыми аспектами в рамках «модели неврозов» и теории объектных отношений. Невротический симптом играет роль компромисса между побуждениями, ограничениями при посреднической функции психопатических защит.

С точки зрения теории объектных отношений основным конфликтом у больных с психосоматическими расстройствами является следующее: фрустрация родителей вызывает у ребенка эмоцию гнева, но гнев в адрес родителей представляет угрозу для жизни ребенка, что в свою очередь вызывает у него страх, тревогу, сопровождаемые переживанием, что он сделал что-то плохое. Чувство вины аккомпанирует переживанию собственной плохости. Но если есть чувство вины, то предполагается и наказание родителями. Заболевание «избавляет» ребенка от наказания.

Уровень 5. На этом уровне рассматриваются образования, обусловленные генетическими и конституциональными факторами — устойчивая структура личности — темперамент, акцентуации, алекситимия. Сюда также входят адаптация к смене дня и ночи, модели кормления, усвоение и фиксация паттернов эмоционально-поведенческого реагирования.

Уровень 6 — это уровень соматической структуры и функции.

Эмоциональные процессы, являющиеся основным звеном переключений психического и соматического, влияют на организм через лимбическую систему, гипоталамус и гипофиз с помощью 3 путей:

6.1. Церебральный кортекс => лимбическая система => гипоталамус => вегетативная нервная система.

6.2. Церебральный кортекс =* лимбическая система => скелетная мускулатура.

6.3. Церебральный кортекс => лимбическая система => гипоталамус => гипофиз =» эндокринная система.

Системные подходы в понимании этиопатогенеза психосоматических расстройств, в частности «Психосоматическая системная модель», имеют преимущество перед другими теориями в том, что используют «круговую причинность» [Андольфи М., 1980].

Принцип «круговой причинности» соединяет в себе все разрозненные факты и интерпретации, претендующие на достоверность, в единую цепь, отменяющую разделение фактов на причины и следствия. Каждая из рассмотренных ранее теорий сосредоточена на каком-то одном или нескольких аспектах изучаемого явления. Благодаря «круговой причинности», все эти аспекты складываются в многоуровневую стереоскопическую модель патологии и здоровья.

Существующая с ньютоновских времен линейная причинность предполагает жесткую сцепленность причин и следствий, вследствие чего констру-

ируемые модели познания являются более примитивными и ригидными. В системных моделях все факторы соединены друг с другом с помощью прямых и обратных связей.

Системное понимание этиопатогенеза психосоматических расстройств предполагает и системную терапию, включающую в себя воздействия на все 6 уровней личности-организма.

В целом современное состояние дел в области психосоматики трудно оценить однозначно. С одной стороны, эта наука очень далеко ушла от первоначальных идей истерической конверсии и приравнивания психосоматических болезней к психоневрозам. С другой стороны, остаются проблема специфичности, проблема установления конкретных психосоматических механизмов для каждого заболевания.

Многие признают, что происхождение и течение болезни во многом зависит от степени активности личности. Н. Д. Былкина (1997) показала, что несоответствие между оценкой своих возможностей и уровнем притязаний способно играть немаловажную роль в запускании ряда патологических процессов, приводящих в итоге к развитию данного вида соматической патологии. Этот результат, как представляется, подтверждает перспективность анализа специфических «механизмов активности» личности в контексте психосоматической проблематики.

Рассматриваются вопросы агрессии и агрессивности социального окружения, агрессивных паттернов реагирования ребенка, приемлемых для него способов и методов ее проявления, связь агрессивности с генетическими, биологическими и другими факторами [Губачев Ю. М., Симаненков В. И., 1985; РеанА. А., 1996; Незнанов Н. Г., Соловьева С. Л., 1993; Шевченко Ю. С.,1999]

Э. Г. Эйдемиллер и соавт. (1990) отмечают, что есть основания относить к саморазрушающему поведению, концепция которого была разработана А. Е. Личко и Ю. В. Поповым (1990), не только такие клинически очерченные формы, как суициды, нарко- и токсикомании, но и другие нарушения — неврозы и психосоматозы. Авторы полагают, что невротические и психосоматические расстройства являются антитезой «личностному росту». Эти больные склонны к регрессу, возникновению и фиксации механизмов психологической защиты и нарушению процесса созревания когнитивных структур. В ходе групповой психотерапии выявлено сходство психологических проблем у подростков с неврозами, аддиктивным поведением, психопатическими и психосоматическими расстройствами. При этом понимается и принимается условность термина «саморазрушающее». Корень «сам» отражает не активность в выборе формы реагирования, а скорее всего субъективизацию пассивной патологической реакции. Причина данного выбора может корениться в нарушении связей между элементами личности подростка под влиянием деструктивных тенденций социума: эмоциональное отвержение родителями, блокировка потребностей ребенка в самоактуализации и самореализации, неверие в подростка, непринятие его как самостоятельного члена общества.

В. И. Симаненков и В. А. Ананьев (1994) следующим образом сформулировали *системную «реактивную» концепцию психосоматической специфичности.*

Авторы сформулировали свое представление о психосоматических заболеваниях внутренних органов как о психосоматических процессах.

1. Термин психосоматические заболевания не является корректным. Точнее говорить о психосоматических вариантах заболеваний внутренних органов, характеризующихся участием социально-психологических факторов в процессах развития и течения данных заболеваний.

2. Участие психологических факторов в механизмах развития и течения психосоматических вариантов заболеваний висцеральных систем обеспечивается их включением в вертикально организованные функциональные системы нейрогормональной регуляции, изменением реактивности центральных звеньев этих систем.

3. Психосоматические патологические процессы развиваются на базе генетической предрасположенности при участии социально-психологических факторов, которые выполняют как «разрешающую» функцию — «первого толчка», так и моделирующую роль, направляя процесс в благоприятное русло течения либо неблагоприятное.

4. Обострения психосоматических вариантов заболеваний внутренних органов — это процессы многоуровневой психосоматической дезадаптации. В ремиссии происходят процессы неполной адаптации. Неполнота адаптации и отсутствие устойчивой компенсации создает предпосылки к повторным обострениям.

5. Достижение стойкой ремиссии включает взаимосвязанные процессы психологической компенсации и адаптации, которые могут регулироваться с помощью психотерапевтических мероприятий.

6. Развиваясь на базе генетических предпосылок, психосоматические варианты висцеральной патологии являются по своей природе онтогенетическими, то есть возникновение и течение ее связано с индивидуальным опытом формирования личности, историей ее существования, точнее, развитием человека как индивидуальности.

7. Сформулированные положения позволяют говорить о «психосоматических» заболеваниях как об *онтогенетических адаптационно-компенсаторных психосоматических процессах.*

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Д. Н. Исаев (2000) указывает на необходимость целостного подхода к анализу соматических и нервно-психических расстройств у детей.

Все многообразие соотношений соматической и психической патологии сводится к следующим вариантам: 1) соматическое заболевание обнаруживает сродство с психическим заболеванием; 2) соматическая симптоматика формируется в процессе развития психоза; 3) соматические аномалии сопут-

ствуют выраженной психической патологии; 4) соматические расстройства возникают в связи с психической провокацией; 5) соматические нарушения — проявления психической патологии.

С нашей точки зрения, существует еще один вариант, при котором соматические, психические и психологические расстройства являются проявлением нарушения функционирования и развития сложной живой открытой системы «личность-организм-среда».

Соматизация депрессий у детей и подростков так выражена, что в подавляющем большинстве случаев вместо эмоциональных расстройств в клинической картине на переднем плане те или иные физические симптомы (желудочно-кишечные расстройства — в 40%, энурез — в 30%, расстройства сна — в 23%, головная боль — в 14%, энкопрез — в 11%, нарушения сердечно-сосудистой деятельности — в 2% случаев). Представители Московской школы детских психиатров считают, что депрессия является основным фактором патогенеза и облигатным симтомокомплексом при психосоматических нарушениях [Тополянский В. Д., Струковская М. В.,1986; Захоржевский В. Б., 1990; Шевченко Ю. С, Антропов Ю. Ф., 2000].

Частота соматизированных случаев шизофрении у детей менее известна. Однако в большинстве работ по детской шизофрении указывается на то, что у многих больных имели место соматовегетативные расстройства. Среди них описываются: временная остановка развития, утрата речевых и моторных навыков, энурез, энкопрез, нарушения сна, пищевого поведения, терморегуляции, соматоалгии и псевдоневрологическая симптоматика [БашинаВ. М., 1989].

При неврозах страха у детей на переднем плане могут оказаться такие соматические проявления, как анорексия, тошнота, боли в животе, понос, рвота, головная боль, поллакиурия, потливость, затрудненное дыхание, сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца.

Истерические неврозы у детей особенно часто оказываются соматизированными. При этом могут наблюдаться анорексия, рвота, нарушение глотания, дыхания, кашель, задержка мочеиспускания, обмороки, энурез, энкопрез, расстройства сна, головная боль, нарушение сердечной деятельности и др. [Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985].

Н. В. Александрова и М. Ю. Мартынова, проанализировав клиническую картину 5131 ребенка (9-15 лет), поступивших в детскую психиатрическую больницу, обнаружили 45 детей, имевших наряду с психотическими и психосоматические расстройства (нейродермит, гастродуоденит, язва желудка, бронхиальная астма, вегетососудистая дистония и др.). Как правило, эти последние возникали за несколько лет до появления первых психотических симптомов [Исаев Д. Н., 2000].

1. Психическая и соматическая патология были, как можно предположить, независимы.
2. Зависимость между психозом и соматическим расстройством: при эффективном лечении психического заболевания улучшалось течение нейродермита, язвенной болезни.

3. Психоз возникал одновременно или провоцировал ухудшение психосоматического расстройства (нетоксического зоба, бронхиальной астмы).
4. Психосоматическое балансирование: соматические заболевания обострялись при наступлении ремиссии шизофрении.

Параллелизм при улучшении психических и соматических симптомов под влиянием успешного антипсихотического лечения объясняется наличием общих звеньев патогенеза как психоза, так и соматической болезни. Ухудшение же соматического заболевания наряду с утяжелением или развитием психоза позволяет предположить наличие нарушений компенсаторных механизмов биологической, а возможно, и психологической защиты. Психосоматическое балансирование в отличие от взрослых редко наблюдается у детей и младших подростков. Оно несколько чаще встречается у старших подростков. Как нам кажется, в его осуществлении принимают участие защитные механизмы организма и личности. Причем эти механизмы, будучи более совершенными у старших подростков и взрослых, объясняют, с нашей точки зрения, большую у них частоту психосоматического балансирования.

Факт сочетания психической и психосоматической патологии лишь у части психически больных детей находит объяснение в том, что именно у них наряду с наследственными предрасположениями к психосоматическому расстройству, своеобразием личности, микросоциальными трудностями обнаруживается сочетание наследственной или приобретенной мозговой неполноценности со значительной соматической отягощенностью. Это, вероятно, значительно нарушает нейродинамику и приводит к слабости механизмы защиты при неблагоприятных ситуациях, делая беззащитными этих детей перед лицом различных стрессогенных ситуаций.

В итоге необходимо сделать заключение о том, что любой ребенок, которого привели к врачу, нуждается в анализе и оценке как соматического, так и психического состояния. В связи с тем, что телесные и душевные расстройства находятся в тесных взаимоотношениях, необходимо установить характер их взаимодействия, что несомненно поможет понять патогенез заболевания. Мы считаем целесообразным ведение детей с хроническими, тяжелыми соматическими болезнями бригадами, состоящими из педиатров, психотерапевтов, клинических психологов и специалистов по социальной работе. Только такой подход позволит надеяться на эффективное вмешательство по всем патогенетическим звеньям, истинную реабилитацию с подъемом личности на новую ступень функционирования, более самостоятельную, более конструктивную. Бригадное обслуживание, с нашей точки зрения, позволит более бережно и экономно использовать медикаментозные методы лечения, преимущественно проводя не менее эффективные и менее травматичные методы реабилитации детей, подростков, в ряде случаев (идеальный вариант) и их семей.

В качестве примеров психологических факторов, лечения и реабилитации при психосоматических расстройствах у детей приведены дискинезия желчевыводящих путей, хронический эрозивный гастродуоденит.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) — одно из наиболее часто встречающихся психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей. Анатомо-физиологические особенности желчного пузыря и желчевыводящих путей обеспечивают резервуарную функцию — накопление желчи и моторную — порционное поступление желчи в двенадцатиперстную кишку, благодаря слаженной работе сфинктеров желчевыводящих путей. Желчный пузырь имеет в своем строении шейку, тело и дно. Анатомической особенностью его у детей является относительно удлиненная форма по сравнению со взрослыми, поэтому у детей по данным ультразвукового исследования часто отмечается наличие анатомо-физио логических перетяжек, перегибов в области шейки или тела желчного пузыря. Это затрудняет отток из него желчи и является анатомической предрасположенностью к ДЖВП. Физиологическая составляющая — стойкий спазм желчевыводящих путей и дизрегуляция системы сфинктеров, которые нередко возникают при психоэмоциональном перенапряжении, в условиях острых или хронических ситуаций.

В настоящее время возникновение и развитие психосоматических заболеваний рассматривается с позиций биопсихосоциального подхода. Д. Н. Исаев (2000), подчеркивая сложность патогенеза психосоматических заболеваний, выделяет следующие основные этиопатогенетические факторы.

1. Неспецифическая наследственность и врожденные отягощенности соматическими нарушениями и дефектами.
2. Наследственная предрасположенность к психосоматическим расстройствам.
3. Нейродинамические сдвиги.
4. Личностные особенности.
5. Психические и физические состояния во время действия психотравмирующих событий.
6. Фон неблагопрятных семейных и других социальных факторов.

В патогенезе ДЖВП играет роль все вышеперечисленное.

Избыточное, а тем более хроническое нервно-психическое напряжение является одним из ведущих факторов, провоцирующих ДЖВП. Нахождение больного ребенка в условиях хронического стресса, невозможность четко дифференцировать и высказать, полностью отреагировать свои эмоции приводит к тому, что усиливается психосоматический компонент заболевания. Невысказанные эмоции «обращаются внутрь тела», отражаясь на функциях внутренних органов, вызывая стойкий спазм и дизрегуляцию системы сфинктеров желчевыводящих путей.

Как правило, первый пик обращаемости родителей с жалобами на боли у ребенка в животе (около пупка, в правом подреберье) приходится на 4-5 лет. У ряда детей заболевание протекает под маской энтеровирусной ин-

фекции. На основании клинического осмотра гастроэнтеролога, данных анамнеза и параклинических исследований, основным из которых является УЗИ, верифицируется диагноз ДЖВП.

Следующий пик обращаемости с обострением или впервые возникшим заболеванием приходится на 7-8 лет, что, вероятно, связано с нормативным стрессором — поступлением в новое социальное учреждение — в школу. Новая социальная ситуация, в которой ребенок учится быть ответственным, дисциплинированным, осваивает правила поведения в школе, повышает его психоэмоциональное напряжение. Длительное нахождение ребенка в таком напряжении усугубляет течение психосоматического заболевания. Возникает болевой синдром, обусловленный стойким спазмом желчного пузыря.

Психологические особенности детей с ДЖВП

Исследованиями последних 10-15 лет доказано, что ДЖВП у детей младшего и старшего школьного возраста сопровождается психоневрологическими расстройствами, которые представляют собой три варианта церебрастенического синдрома: нормодинамический, астеноадинамический и астеногипердинамический [Аванесова Е. Г., Дворяковская Г. М., Дворяковский И. В. и др., 1991].

Нормодинамический вариант церебрастенического синдрома характеризуется изменениями в виде незначительного снижения мнестических функций, колебаний умственной работоспособности, легкой истощаемости.

При астеноадинамическом варианте обнаруживается более выраженное мнестическое снижение, более отчетливые признаки истощаемости психических процессов, изменения эмоционально-волевой сферы.

При астеногипердинамическом варианте преобладают эмоционально-волевые расстройства, мнестические функции еще снижаются, имеются трудности сосредоточения, нарушения произвольного внимания.

Для построения адекватных психотерапевтических программ необходимо учитывать психологические защитные механизмы и копинг-стратегии.

Психологические защиты важны для сопротивления личности/организма болезни. Перерабатывая подсознательно поступающую информацию, они обеспечивают адаптацию личности. В этом процессе принимают участие все психологические функции, но в разных случаях преобладает какая-то одна из них. Психологические защитные механизмы действуют независимо от сознательных желаний и намерений личности [Никольская И. М., Грановская Р. М., 2001].

Психологические защиты эффективны, если происходит значительное снижение или исчезновение напряжения, тревоги и страха. У детей с ДЖВП сохраняется высокий уровень тревоги, следовательно, их психологические защиты малоэффективны [Эйдемиллер Э. Г., Макарова, 2000; Билецкая М. П., 2002].

Болевой синдром при ДЖВП детьми воспринимается по-разному. Некоторые предъявляют жалобу как симптом: «болит живот». Большинство

детей сенситивны, эмоциональны. У них идет представление о боли в виде образов, описаний («У меня в животе сжимается все в плотный комок, а потом он крутится. Это очень больно»), а также оно находит отражение в рисунках (рис. 21).

Наиболее часто используемыми психологическими защитными механизмами у детей с ДЖВП являются [Билецкая М. П., 2002]:

1. **Отчуждение (изоляция).** При этой психологической защите ребенок отключается от внешнего мира и концентрируется на своих мечтах, уходит в свой собственный мир (рис. 22).

2. **Подавление.** При этом механизме происходит блокирование нежелательной информации. Содержание «забывается», а психосоматические проявления могут сохраняться (рис. 23).

3. **Замещение.** В данном случае происходит перенос возбуждения агрессии с недоступного объекта на другой, более доступный. Выражено стремление к разрушению или самоагрессии (рис. 24). В условиях психического напряжения, стрессовых ситуациях агрессивные формы замещения учащаются.

Один из вариантов замещения, встречающихся у детей с ДЖВП, — регрессия. Характерна демонстративность, непринятие психотравмирующей ситуации в настоящем, поведение приобретает незрелые, ранние формы.

Пример. Саша, 8 лет. После того, как мама повторно вышла замуж, у мальчика усилились боли в животе, возникла повторяющаяся рвота. Гастроэнтеролог поставил диагноз: ДЖВП, обострение. Через некоторое время Саша начал требовать, чтобы мама кормила его с ложки, держала на коленях, при этом изменилась речь: возникли нарушение произношения многих звуков, которые были давно автоматизированы.

В состоянии психологической угрозы личность может прикладывать сознательные усилия для совладания со стрессовыми или порождающими тревогу событиями. Для обозначения таких действий используют понятие копинг-поведения [Никольская И. М., Грановская Р. М., 2001]. У детей с ДЖВП стратегии совладания со стрессом распределяются следующим образом.

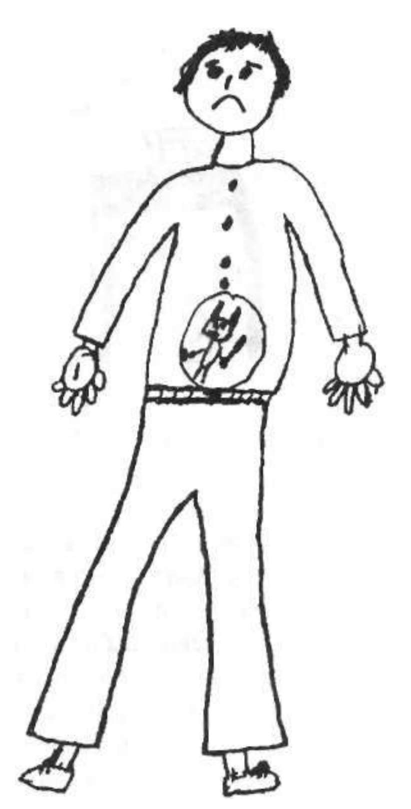


Рис. 21. Миша, 9 лет: «У меня в животе сидит чертик. Он колет острым ножиком изнутри. Это боль в животе».



Рис. 22. Алена, 12 лет: «Это — Космическая Тигрица. Она свободолюбивая, сильная личность. Живет отдельно от родителей».

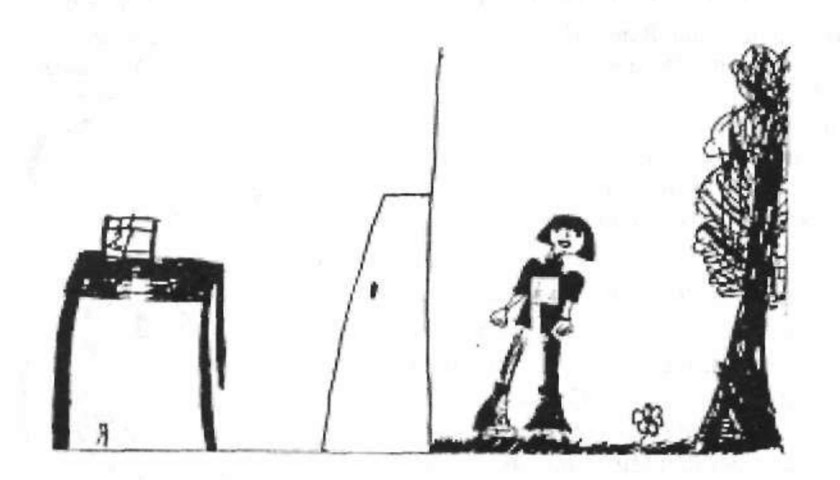


Рис. 23. Маша, 7 лет: «Забыла, что получила сегодня 2, и пошла гулять».

1. У детей с сильным болевым синдромом, частыми обострениями, тошнотой, рвотой, повышенно возбудимых, агрессивных наиболее частыми являются стратегии «борюсь, дерусь» (рис. 25), «дразню кого-нибудь», «воплю и кричу», «стараюсь забыть», то есть у детей данной клинической группы содержанием копинг-стратегий является агрессия, направленная на окружающих, или вытеснение, при котором происходит «забывание» неприятной ситуации.

2. У детей с гипотонической функцией желчного пузыря, тянущими, ноющими болями в животе, вяло, но длительно протекающем заболевании, с ко-

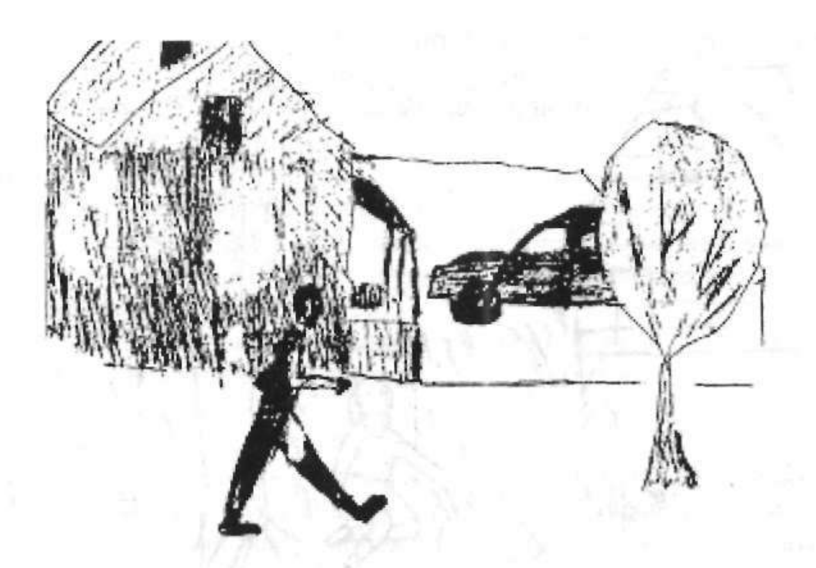


Рис. 24. Рустам, 10 лет: «Я злюсь на себя. Я плохой, злой. Меня папа сегодня ругал».



Рис. 25. Андрей, 9 лет: «Мне было плохо, тяжело. Я ударил своего одноклассника. Я чувствовал злость и радость».

роткими ремиссиями, наиболее частыми стратегиями совладания являлись: «плачу, грущу», «обнимаю, прижимаю, глажу», «остаюсь сам по себе, один». Они предъявляли потребность в телесном контакте, отношениях привязанности, происходило эмоциональное отреагирование через горе и страдания (рис. 26) или отмечался уход от реальности, от общения с окружающими и погружение в свой внутренний мир, свои мечты (рис. 27).

Использование проективных методик показало низкую самооценку у детей с ДЖВП, инфантильность личности, высокий уровень тревожности и особенности психологических защит у ребенка.



Рис. 26. Даша, 9 лет: «Когда мне грустно, я хочу остаться одна и гладить мою собаку Тишу».

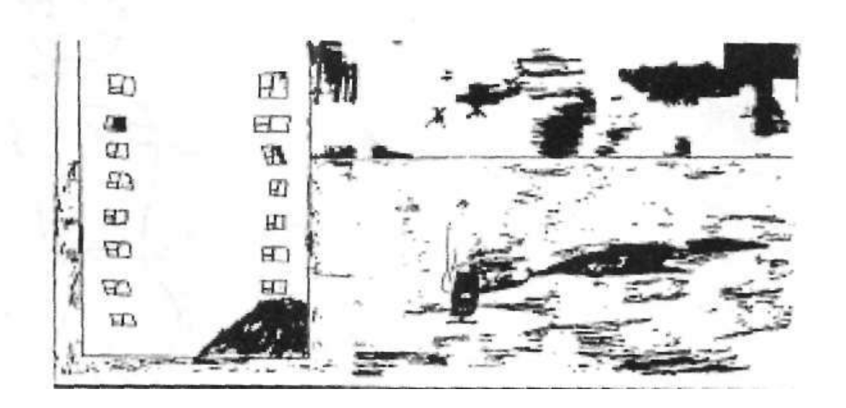


Рис. 27. Олег, 9 лет: «Я — герой, такой же, как Супермен. Я летаю и помогаю людям. Сегодня я тушу пожар».

По данным Э. Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса (2001), в возникновении патогенных и психотравмирующих ситуаций ведущая роль принадлежит семье: «Семья на ранних, наиболее важных для дальнейшего развития этапах жизни индивида является единственной, а позднее одной из наиболее важных социальных групп, в которые он включен». Семья может способствовать снижению толерантности к стрессовым ситуациям. Так как семья — основная среда, в которой происходит развитие детского индивидуума, то формирование индивидуальных психологических защит, его психологических особенностей личности напрямую зависит от степени детско-родительс-

кой привязанности, от внутрисемейного климата и от усвоения детьми родительского стиля поведения, психологических защит родителей. Следовательно, говоря о психологических особеннстях детей, необходимо внимательное рассмотрение семейного контекста.

Анализ семейной генограммы показывает, что местом наименьшего сопротивления является именно желчный пузырь и желчевыводящие пути, так как очень высок процент ДЖВП в поколениях семей. В прародительской семье и у одного из родителей была и другая психосоматическая патология желудочно-кишечного тракта (рис. 28).

Также было отмечено, что в семьях взаимоотношения носят конфликтный или конфликтно-симбиотический характер. Наблюдается большое число разводов в поколениях.

Взрослые члены семьи наиболее часто используют следующие психологические защиты: замещение, регрессия (как и у детей с ДЖВП), компенсация.

Использование стратегий совладания взрослыми было таким: поиск социальной поддержки, конфронтативный копинг, реже — планирование решения проблемы.

Семейный анализ также показывает:

1. Высокий уровень семейной тревоги.
2. Низкую дифференцировку эмоций.
3. Во многих семьях существует запрет на высказывание чувств: «У нас в семье это не принято», «Нужно быть сильным, не раскисать, нечего говорить о том, что переживаешь».

Результаты исследования по тесту «Анализ семейных взаимоотношений» Э. Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса (2001) показали, что основные стили воспитания в семьях, где есть ребенок с ДЖВП — воспитательная неуверенность, доминирующая гиперпротекция или неустойчивый стиль воспитания.

На «кинетическом рисунке семьи», как правило, отмечается тревога, напряженность, разъединенность барьерами (шкаф, кресло, газета, стена) или двойными барьерами одного или всех членов семьи, а также изображение на

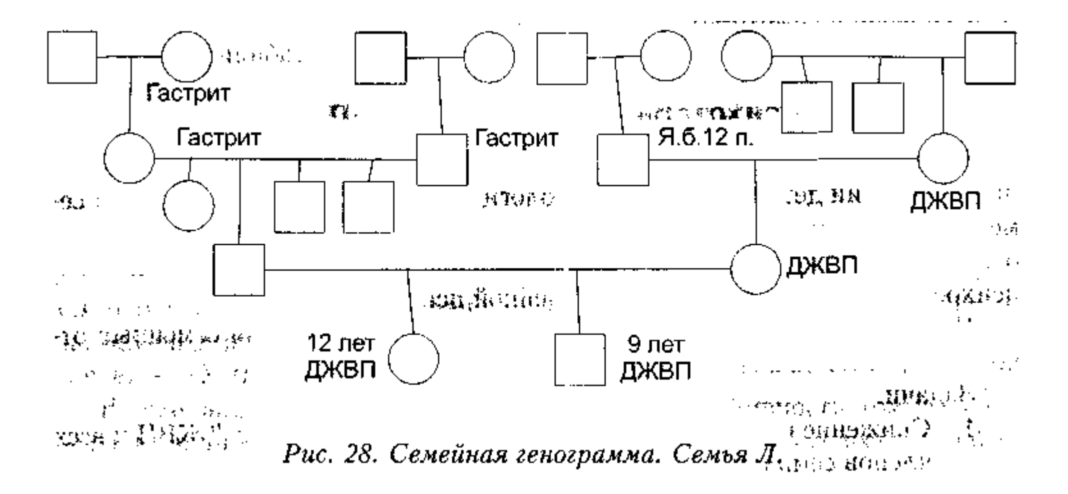


Рис. 28. Семейная генограмма. Семья Л.

рисунках животного, в действительности не существующего в семье, или же детально прорисовываются предметы домашнего обихода с минимумом внимания человеческим фигурам.

Лечение

Лечение можно подразделить на несколько этапов.

1. Неотложная медикаментозная терапия с целью восстановления целостности органа, системы и ее функционирования.
2. Неотложная медикаментозная терапия сопутствующей нервно-психической патологии.
3. На этих этапах лечения могут проводиться щадящие, поддерживающие, когнитивно-поведенческие и релаксирующие методы психотерапии с целью снижения тревоги, последствий стресса, нервно-мышечного напряжения.
4. Поддерживающие медикаментозные курсы с целью вторичной профилактики обострений.
5. Крайне осторожное использование личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в виде индивидуальных и групповых сессий.
6. Семейная психотерапия.

Выбор метода зависит от возраста ребенка, его мотивации, концептуальной ориентации психотерапевта, традиций, воззрений и возможностей семьи.

Медикаментозная терапия проводится посиндромно, препараты назначаются в возрастных дозах с учетом состояния внутренних органов. Используются по показаниям антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы растительные и синтетические. Необходимо помнить при выборе препарата о множестве побочных эффектов, феномене привыкания и психологических механизмах фармакотерапии. Особенно взвешенно надо подходить при решении вопроса о медикаментозных вмешательствах подросткам из группы риска по наркотизации. Представляется целесообразным снижение доз препаратов по мере снижения симптоматики на фоне лечения и психотерапии. Важно перенести, сохранить ответственность пациента за процесс реабилитации.

Семейная психотерапия детей с ДЖБП

Исследования особенностей психологических защитных механизмов и копинг-стратегий детей с ДЖВП, психологических особенностей членов их семей, а также семьи, как системы, в которой растет и развивается больной ребенок, доказывают необходимость включения в комплексное лечение этого психосоматического заболевания семейной психотерапии.

Цель проведения семейной психотерапии: реконструкция семейных отношений, семьи как системы в целом.

Задачи:

1. Снижение психоэмоционального напряжения ребенка с ДЖВП и всех членов семьи.

2. Снижение как уровня тревожности больного ребенка, так и уровня семейной тревоги.
3. Научиться всем членам семьи дифференцировать испытываемые ими эмоции.
4. Снять запрет на высказывание и отреагирование чувств.
5. Выработка новых, оптимальных способов семейного функционирования, коррекция стиля воспитания ребенка в семье, повышение воспитательской уверенности, ликвидация неустойчивости в стиле воспитания.

Психотерапевтические мишени:

1. Личностная тревожность.
2. Семейная тревога.
3. Дифференцировка эмоций, снижение уровня алекситимии.
4. Возможность высказывания чувств, отреагирования их в семье вместе со всеми членами семьи.
5. Стиль воспитания в семье.

Основные этапы семейной психотерапии:

1. Присоединение. Использование вербальных и невербальных техник.
2. Реконструкция семейных отношений.

В ходе реконструкции происходит воздействие на психотерапевтические мишени, в результате чего снижаются личностная тревожность и семейная тревога. Происходит отреагирование чувств, все члены семьи учатся дифференцировать свои эмоции. Проводится работа с семейной метафорой. В семье, где есть дошкольники и младшие школьники, успешно применяется сказкотерапия. Семья выбирает сказку, распределяют роли, идет определение внутреннего конфликта. Семья также может придумать свою сказку. Целесообразно проводить психоскульптурирование.

В ходе психотерапии происходит коррекция стилей семейного воспитания, происходит реконструкция семейных отношений.

3. Отсоединение.

После проведения семейной психотерапии психосоматический компонент ДЖВП значительно снижается, наступает длительная ремиссия заболевания, а при отсутствии анатомических предпосылок для дискинезии — выздоровление.

ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ

Программа реабилитации подростков с хроническим эрозивным гастродуоденитом была проведена в Санкт-Петербургском реабилитационном центре «Детские Дюны» (главный врач — заслуженный врач России Н. Б. Губина, научный руководитель — профессор Э. Г. Эйдемиллер; врач-психотерапевт — О. Ф. Макарова).

В свете задач психотерапии и повышения эффективности комплексной реабилитации проведено исследование. Выявлены психологические особен-

ности младших подростков с хроническим эрозивным гастродуоденитом: их личностных качеств, уровня и структуры их агрессивности, поведения в ситуациях фрустрации, которые указывают на тенденцию к накоплению агрессивного потенциала, использование ими наименее конструктивных форм агрессии. Вероятность открытого агрессивного поведения больных подростков ниже, чем у здоровых. Отмечаются такие личностные качества, как тревожность, «нормативность», склонность к ипохондрии, бездействию, формализация межличностных отношений, повышение уровня алекситимии.

Разработаны модели краткосрочной психотерапии, использование которых повысило эффективность реабилитации на 30%. При исследовании группы подростков через год эрозивных изменений слизистой не было выявлено.

Психотерапевтическими «мишенями» были избраны алекситимия и работа по отреагированию, осознанию, трансформации некоторых видов агрессии в конструктивную, гармонизация личности подростков в целом.

Психотерапия проводилась в виде гипнотерапии, индивидуальной и групповой психотерапии. Гипнотерапия проводилась в виде «гипноза-отдыха» по К. И. Платонову (1957) с использованием специально разработанных нами лечебных формул.

В ходе индивидуальных и групповых сессий использовались и активизировались все каналы восприятия информации: визуальный, аудиальный, кинестетический. В ходе обсуждения обращали внимание клиентов на состояние всех телесных зон.

Психотерапевтические приемы работы с алекситимией в рамках психодрамы были следующими:

1. Знакомство с эмоциями, их градация на группы, расширение понятия.
2. Проигрывание всем телом или его частями различных эмоций поочередно одним из участников с последующим их угадыванием другими членами группы.
3. Шкалирование телесных ощущений с помощью цвета и температуры.
4. Ассоциация отдельных эмоций с различными звуками, в том числе — со звуками музыкальных инструментов.
5. Невербальные диалоги различного содержания с помощью жестов, музыкальных инструментов, игрушек и других предметов, с помощью имитации звуков голосом.
6. Передача участниками группы различных предметов и «эмоций» по кругу с последующим проговариванием ощущений: «тепло», «мягко», «жестко», «неприятно» и т. п.
7. Рисование актуальных телесных ощущений, связанных с настроениями участников с последующим обсуждением возникающих ассоциаций и возможным дополнением рисунков новыми элементами другими участниками.
8. Психоскульптурирование.

Фазы сеанса психодрамы:

1. Описание протагонистом проблемы.
2. Расширение словаря для описания чувств и переживаний.
3. Физикализация чувств и переживаний.

4. Распределение ролей.
5. Психодрама.
6. Обмен впечатлениями.

При использовании данного приема один из участников описывает неприятную для него ситуацию с постепенным, все более четким осознанием своих эмоций, переживаний, которые соотносятся с частями тела («боль в груди»). Затем заявитель проблемы избирает исполнителей каждого состояния и дает им инструкции по их поведению в травматичной ситуации. Следующим шагом является проигрывание ситуации, обмен впечатлениями, мыслями, чувствами, переживаниями. Иногда проигрывание ситуации повторяется, чередуясь с направленным обсуждением.

Пример. Егор, 14 лет, рассказал, что в незнакомой ситуации у него появляется «бред» в голове, «злость» в груди, «психоз» в руках, «боль» в животе и «слабость» в ногах. В ходе психотерапевтической работы чувства подростка трансформировались: в голове появились «любовь и добро», в груди «веселье», в руках — «интерес и дружба». Изменилось и соматическое состояние: в груди появилось ощущение силы, в животе — «энергии», ноги были готовы к действиям, движениям. Регулирующая роль теперь принадлежала «мыслям». Произошло обогащение опыта подростка различными психоэмоциональными и поведенческими паттернами. После проигрывания сходной ситуации (появление новой девушки в компании) стало очевидно, что новый тип реагирования будет способствовать более конструктивному решению проблемы: появился интерес к ней, в процессе беседы стало весело, подростки понравились друг другу, появились планы на дружбу и совместные действия.

Важно отметить ряд необходимых условий эффективности психотерапии (индивидуальной и групповой), направленной на преодоление алекситимии: создание зоны психологической безопасности, создание мотивации и условий для проявления и распознавания эмоций участниками психотерапии.

В ходе гипнотерапии мы проводили внушения по преодолению негативного эмоционального опыта, по коррекции самооценки и формированию переживаний собственной успешности и безопасности.

Преодоление алекситимического блока являлось и одной из составляющих психотерапевтической работы, направленной на оптимизацию уровня структуры агрессии у подростков, и условием для ее успешности. Отметим несколько следующих задач: отреагирование негативного эмоционального опыта; определение, шкалирование уровня агрессивности и ее видов; знакомство и обучение разнообразным возможным паттернам поведения с целью более конструктивного решения своих проблем; развитие рефлексии и эмпатии. Особенное внимание уделялось чувству обиды и ситуациям, в которых оно возникало у больных подростков. Нами учитывалось единство «душевного» и «телесного» опыта и значение других разнообразных психологических защит у подростков. Отработка негативного опыта проводилась в группе гипнотерапии путем внушения расслабления, спокойствия, снижения значения переживаний, улучшения самочувствия, успешности во всех начинаниях. В ходе групповой и индивидуальной психотерапии использовались элемен-

ты аутотренинга. Проводились беседы с описанием воспоминаний о неприятных ситуациях, в ряде случаев — повторно с целью десенситизации. В ходе бесед обсуждались мысли, эмоции, телесные ощущения, возникавшие в тех ситуациях и возникающие при обсуждении. Проводилась работа с неприятными сновидениями. Во время психотерапевтической коррекции проводились попытки изменения хода событий в воображаемом плане и в процессе проигрывания ситуаций. Широко использовались приемы по изменению точки зрения, точки отсчета: подъем на различные предметы: мебель, лестницы, канат; использование работы на ковре; проигрывание ситуаций другими членами группы с описанием ими своих чувств, переживаний, намерений; описание личностно значимых ситуаций от имени партнера, соперника, обидчика.

С целью развития рефлексии и эмпатии нами использовалось рисование «плохого настроения», «неприятных ощущений» с последующим описанием личных и взаимных впечатлений и попыткой гармонизации картин. Подростки выполняли самостоятельные задания: «фотография» своих состояний в течении дня с актуализацией эмоционального, телесного и мнестического опыта. Постепенно упражнения усложнялись: создавались «фотографии» личного состояния в неприятных ситуациях и «фотографии» состояния окружающих. Нам представляется интересным психотерапевтическое обсуждение «неприемлемых», нежелательных качеств окружающих (реактивное образование) с последующим планированием возможного взаимодействия с этими людьми.

С целью расширения паттернов поведения использовался поиск конструктивного опыта других людей; поиск различных (разнообразных) возможных вариантов реагирования в сложных ситуациях с постепенным увеличением их числа; проигрывание «негативных» ситуаций со сменой ролей и обучение приемам саморегуляции. Достаточно широко при всех видах психотерапии обсуждались и отрицательные, и положительные стороны событий, личностной их оценки; проводились упражнения по переоценке «отрицательного» в «положительное»: «упрямый»-«настойчивый» и др.

Катамнез. При повторном исследовании подростков через неделю после окончания курса психотерапии и через год. Средний уровень показателя алекситимии у больных детей достоверно снизился при втором измерении. Через год отмечено статистически достоверное снижение среднего уровня алекситимии по сравнению с данными первого и второго измерения. Повторное исследование с использованием фиброгастроскопии показало, что у подростков отсутствовали эрозии слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, отсутствовали обострения болезни. При высоком уровне алекситимии наибольшая динамика данного показателя отмечена в результате индивидуальной психотерапии. Средние показатели алекситимии наиболее эффективно снижались в результате групповой психотерапии.

Контрольные вопросы

1. Что понимают под психосоматической медициной?
2. Что такое психосоматическое заболевание?
3. Какая существует классификация психосоматических расстройств?
4. Какие Вы знаете психодинамические теории этиопатогенеза психосоматических расстройств?
5. Какие существуют биологические теории этиопатогенеза психосоматических расстройств?
6. Что такое биопсихосоциальная модель здоровья и болезни?
7. Укажите принципы и методы лечения психосоматических расстройств.
8. Назовите этиопатогенетические факторы и анатомо-физиологические предпосылки возникновения ДЖВП.
9. Расскажите о психологических особенностях детей с ДЖВП.
10. Перечислите особенности психологических защит и копинг-стратегий у взрослых членов семьи, в которой есть ребенок с ДЖВП.
11. Какие особенности семьи, в которой есть ребенок с ДЖВП, выявляет семейный анализ?
12. Назовите цель, задачи, психотерапевтические мишени и основные этапы семейной психотерапии детей с ДЖВП.

Список рекомендуемой литературы

1. *Аванесова Е. Г., Дворяковская Г. М., Дворяковский И. В., Шелепина В. В.* Нейросоматические критерии при дискинезии желчных путей у детей школьного возраста // Педиатрия. — 1991. — № 3. — С. 112.
2. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* /Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. — М.: Издательство Института психотерапии, Издательство НГМА, 2000. — 320 с.
3. *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина: Учебник (пер. с нем.). - М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. - 376 с.

4. *Исаев Д. Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб.: Специальная литература, 1996. — 454 с.

5. *Исаев Д. Н.* Психосоматические расстройства у детей. — СПб.: Питер, 2000.

6. *Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф.* Психосоматический больной на приеме у врача (пер. с нем.). — СПб., 1994. — 245 с.

7. *Никитин В. Н.* Энциклопедия тела: психология, психотерапия, педагогика, театр, танец, спорт, менеджмент. — М.: Алетейла, 2000. — 624 с.

8. *Никольская И. М., Грановская Р. М.* Психологическая защита у детей. - СПб.: Речь, 2001.

9. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999. - 656 с.



СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Суицид (лат. sui — себя, caedo — убивать) — умышленное лишение себя жизни. Степень желаемости смерти может быть различной, что находит отражение в условиях и способах реализации суицидальных тенденций [Тихоненко В. А.,1978].

Мысли о самоубийстве, соответствующие высказывания, угрозы, намерения и попытки покончить с собой называются *суицидальным поведением.* Непонимание детьми необратимости смерти, недостаток у них жизненного опыта, осведомленности о пределах границы между жизнью и смертью повышают вероятность трагического исхода их суицидальных попыток.

Незавершенные суицидальные действия Н. Крейтман (N. Kreitman) предложил называть *парасуицидом.*

Если самоубийству предшествует убийство близких людей с целью избавления их от предполагаемых тяжких страданий, говорят о *расширенном* или *альтруистическом самоубийстве.*

От истинных суицидов, суицидальных попыток, целью которых является лишение себя жизни, следует отличать *демонстративно-шантажное суицидальное поведение,* целью которого является не лишение себя жизни, а лишь демонстрация этого намерения.

К. Ясперс (K. Jaspers) видел основной смысл самоубийства, являющегося высшим актом своеволия и полной самостоятельности, — в прерывании коммуникаций. Н. А. Бердяев (1931) считал самоубийство «обольщением в состоянии отчаяния, возникающего при осознании ничтожности и сопровождаемого ненавистью к самому себе и другим».

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Последние годы отмечается рост суицидальной активности. Россия постоянно занимает одно из первых мест по количеству самоубийств на 100 000 населения. Впереди только Латвия, Литва и Эстония. Вслед за Россией идет Венгрия, длительное время лидировавшая в этом списке.

Самоубийство является одной из наиболее часто регистрируемых причин смерти, уступая лишь сердечно-сосудистым, онкологическим заболеваниям и травматизму. Среди причин смерти детей и подростков суицид занимает второе место.

В США суицид находится в первой десятке причин смерти, являясь причиной приблизительно 1,5% всех смертей.

Согласно положению ВОЗ, наличие в стране более 20 суицидов на 100 000 населения свидетельствует о глубоком кризисе. Если в 1992 г. в России было зарегистрировано 23 самоубийства на 100 000 населения, в 1994 г. — 41,8, то в 1996 г. этот показатель уже составил 55 человек. В США этот показатель остается относительно стабильным с 1950 г., колеблясь между 10 и 13 случаями на 100 000 каждый год. Так, в 1993 г. этот показатель составил 12,1.

Количество случаев парасуицида (попыток самоубийства, не заканчивающихся смертью), как правило, в 5-10 раз больше количества случаев суицида.

*

ЭТИОЛОГИЯ

Причины суицидального поведения разнообразны. Они могут касаться биологической, психологической, социальной сфер. Несмотря на то, что люди обычно совершают суицид в экстремальных ситуациях (смерть близкого человека, развод, потеря работы или учебы и пр.), большинство исследователей полагает, что это скорее повод для совершения суицида, чем его причина.

Самоубийство нельзя понять на основании одного побудительного мотива. Ситуация, как правило, становится только поводом, но она не является причиной принятого решения. Причины в отличие от мотивов, как правило, не осознаются суицидентом, при этом мотив может приниматься за причину [Феноменов М. Я., 1914].

Если видимых причин суицида нет, то, как правило, можно выявить душевную пустоту и скуку. Ф. М. Достоевский писал, что «потеря высшего смысла жизни... несомненно ведет за собой самоубийство».

К основным факторам, которые нужно учитывать при изучении риска суицидального поведения, относятся:

— культурологический;
— национальный;
— религиозный;
— тендерный;
— состояние здоровья психического и соматического;
— наследственный;
— социально-экономический;
— семейный;
— возрастной и некоторые другие.

Культурологический фактор. Суицид — исключительно человеческий акт, встречающийся во всех культурах. Особенности культуры влияют на отношение ее представителей к суициду. Это влияние может быть сдерживающим, но может быть и провоцирующим.

В большинстве культур суицид строго осуждается и объявляется вне закона. Осуждение суицида в древней Греции отражено в трудах Платона. Античные Римские правительства, как правило, отрицательно относились к суициду, приводящему к потере солдат и рабов. Английское законодательство рассматривало суицид как деяние, заслуживающее наказания конфискацией имущества, безотносительно был ли суицид результатом безумия или болезни. Такая точка зрения на суицид была также утверждена законом в некоторых штатах колониальной Америки.

Во многих европейских странах, в том числе и в России, особенно в XVII-XIX веках, дворяне могли сохранить свою честь либо вызвав на дуэль обидчика, либо, если это было невозможно, покончив с собой.

В Японии люди уважительно относились к случаям харакири (ритуального самоубийства кинжалом), как к способу потерпевших неудачу или опозоренных людей оправдать себя, «сохранить лицо». В течение II мировой войны японские пилоты-камикадзе рассматривали суицид путем взрыва вражеской цели своим самолетом как высокую честь. К сожалению, в наше время соответствующим образом воспитанные арабские террористы повторяют их «подвиги».

В Индии был распространен обычай сати, согласно которому на ритуальном пире в память об умершем муже женщина совершала самосожжение.

На Кубе женщины часто совершают суициды с помощью самосожжения. Возможно, это дань католицизму, в котором огонь рассматривается как очищающая сила.

Помощь в совершении суицида рассматривается в некоторых странах как уголовно наказуемое деяние.

Национальный фактор. Отмечаются достоверные различия в риске суицидального поведения между представителями разных этнических групп.

Постоянно высокий уровень по сравнению с другими национальностями отмечается у угро-финского населения. Венгрия долгие годы лидировала по этим печальным показателям. В США суициды у белых встречаются в 2,5 раза чаще, чем у негритянского населения, а у индейцев чаще, чем у белых. Такая же тенденция отмечается и в Канаде.

Страны с низким рейтингом суицидов представлены Гватемалой (0,5), Филиппинами (0,5), Албанией (1,4), Доминиканской Республикой (2,1) и Арменией (2,3). Однако точное сравнение рейтинга суицидов среди стран провести затруднительно, так как недостоверна официальная статистика, различны методы определения причин смерти [Berman A. L., 1998].

Религиозный фактор. Большинство главных мировых конфессий осуждают суицид и считают его грехом.

Христианство вообще осуждает суицид как покушение на святость человеческой жизни. В IV веке нашей эры Святой Августин определил суицид как грех. В Средние века Римская Католическая Церковь запретила хоронить жертв суицида в освященной земле. В настоящее время большинство традиционных религий относятся к жертвам суицида сострадательно и позволяют хоронить последних по традиционным обрядам.

Среди одной общины баптистов в Пенсильвании почти три четвертых всех суицидов, которые произошли за 100 лет, случились только в четырех семьях.

Иудаизм достаточно ясно запрещает суицид, правда, есть одно исключение: воин, захваченный врагом, должен убить себя.

Ислам также запрещает суицид, считая его тяжелейшим из грехов. Кысмет, то есть судьба, предначертанная Аллахом, определяет всю жизнь человека, и он должен терпеливо сносить все ее тяготы. Мусульманские страны в связи с этим характеризуются самым низким в мире числом самоубийств на 100 000 населения. Однако исламские фундаменталисты в на-

стоящее время побуждают «воинов Аллаха» к совершению суицидов, сопровождающихся гибелью «неверных», утверждая, что в этом случае их души попадут прямо в рай.

Буддисты, исповедующие ламаизм (махаяну), не покушаются на свою жизнь, считая это бессмысленным, так как невозможно прервать сансару (бесконечность перерождений). В то же время они опасаются повлиять на нее и воплотиться в следующем перерождении не в облике человека, а демона или животного. Буддисты другого направления — хинаяны — допускают ритуальные самоубийства священнослужителей, искупляющих таким образом людские грехи.

Провоцировать суицидальное поведение верующих могут религиозные представления и ритуалы некоторых сект. Самоубийства могут носить характер протестных реакций фанатиков, направленных на сохранение чистоты веры. На рубеже XVII-XVHI веков на Руси происходили массовые самосожжения («гари») по религиозным мотивам, в результате которых погибло до 20 000 старообрядцев. В XX веке наиболее известный массовый суицид, связанный с религиозными верованиями, произошел в 1978 г. в Джейстауне. Более 900 членов секты совершили суицид по требованию их лидера Джима Джонса.

Тендерный фактор. Рейтинг суицида также варьирует между мужчинами и женщинами. У 30% юношей и девушек бывают суицидные мысли. Женщины в три раза чаще, чем мужчины, предпринимают суицидные попытки, но завершенный суицид в три раза чаще отмечается у мужчин. В юношеском возрасте эта разница менее выражена, хотя тенденция сохраняется. Суицидальные действия девушки (10%) предпринимают чаще юношей (6%) [Гиндикин В. Я., 1999]. У мужчин 80% суицидных попыток заканчиваются смертью [Berman A. L., 1998].

Фактор *здоровья психического и соматического.* Ж. Э. Д. Эскироль считал, что все самоубийцы — душевнобольные, так как только в состоянии безумия человек может покушаться на свою жизнь [Esquirol J. E. D., 1838].

В свое время К. Ясперс отмечал, что в Германии лишь одна треть самоубийств совершается душевнобольными, однако среди двух третей самоубийц, у которых нет психоза, имеется очень большое число людей с отклонениями от нормы [Jaspers K., 1932].

В. Я. Гиндикин приводит данные, согласно которым в 90% случаев истинное суицидальное поведение возникает в связи с психотическими состояниями и только в 10% случаев у людей, не имеющих психотических расстройств (1999).

С точки зрения А. Л. Бермана, люди, страдающие недиагностированными психическими болезнями, совершают около 90% всех суицидов. Чаще всего это тревожные и депрессивные состояние различного происхождения, циклотимия, шизоаффективный психоз, маниакально-депрессивный психоз, шизофрения, алкоголизм, наркомания [Berman A. L. , 1998].

Однажды во время клинического разбора, на котором присутствовал автор этой главы, А. Е. Личко признался, что несколько раз в жизни менял свое мнение по поводу обязательного наличия психического расстройства у человека, совершившего самоубийство.

Большинство современных исследователей полагают, что совершившие суицид имеют по сравнению с другими людьми более высокий уровень психических расстройств, а также чаще злоупотребляют психоактивными веществами.

Соматические болезни также увеличивают риск суицида, особенно когда им сопутствует депрессия. Около $^1/_3$ взрослых совершают суицид на фоне серьезных соматических заболеваний. Особое значение здесь приобретают инвалидизирующие и неизлечимые заболевания.

Наследственный фактор. Генетические факторы играют определенную роль в повышенном риске суицида. В некоторой степени об этом свидетельствует то, что у совершивших суицид в анамнезе чаще, чем у других людей, можно встретить указания на то, что кто-то из их родственников покончил с собой или пытался это сделать. Причем суицидент мог об этом и не знать.

Если один из близнецов совершил попытку суицида, то у второго риск самоубийства резко повышается. Этот факт также указывает на генетическое влияние при повышенном риске суицида.

Доказано наследование генетической предрасположенности ко многим психическим болезням, таким как шизофрения, алкоголизм и пр. Они, в свою очередь, увеличивают риск суицида. Исследования выявили пониженный уровень серотонина в головном мозге людей, у которых отмечаются приступы неконтролируемой агрессии.

Социально-экономический фактор. Изменение в социальной и экономической ситуации обычно отражается на суицидальной активности населения. Широко распространено мнение, что неблагоприятные микро- и макро-социальные условия способствуют увеличению риска суицидального поведения.

Социальная структура и жизненные ценности могут оказывать существенное влияние на рейтинг суицида. Французский социолог Э. Дюркгейм (E. Durkheim) полагал,что возникновение самоубийства наиболее вероятно в том случае, когда человек испытывает недостаток социальных отношений. Он доказал, что риск самоубийства напрямую связан с социальной интеграцией человека, то есть с тем, насколько человек чувствует себя частью большой группы (1897).

В США, например, случаи суицида во время I и II мировых войн регистрировались довольно редко. Рейтинг суицида был высоким в 30-е годы, что, по-видимому, связано с ростом безработицы.

Социальные изменения, происходящие в России, влияют на колебания показателя количества суицидов на 100 000 населения. Резкий рост (14 на 100 000 населения) отмечался во времена застоя в 1984 г. В году перестройки отмечалось снижение этого уровня, а в 90-е годы вновь начался подъем. В настоящее время в России уровень самоубийств выше среди рабочих, чем среди интеллигенции, выше в сельской местности, чем в городской. Так, в Санкт-Петербурге за пять лет уровень самоубийств возрос с 18 до 24 на 100 000 населения, а в Ленинградской области с 30 до 52 [Гилинский Я. И., 1999].

Рост суицидов коррелирует с ростом убийств. Суицид тесно связан с высоким уровнем тревоги, а значит агрессией, направленной как на других, так и на себя. И убийство, и самоубийство — крайние выражения агрессии. Итальянский писатель Чезаре Павезе, покончивший с собой, писал, что «самоубийцы — это робкие убийцы».

Иногда люди совершают суицид в знак протеста против произвола правительства. Массовые суициды, при которых большое количество людей убивают себя одновременно, чрезвычайно редки. В 73 году нашей эры в Масаде 960 евреев убили себя в знак протеста против порабощения их Римом.

При исследовании микросоциальной среды детей и подростков, совершивших суициды, было выявлено, что 87% семей, в которых они проживали, по социально-экономическим характеристикам были вполне благополучны. Наличие у детей и подростков близких знакомых, друзей, родственников, совершивших самоубийство, увеличивает степень риска суицидального поведения у них самих. Тот же эффект может оказывать на подростков-фанатов смерть их кумира, особенно если она явилась следствием суицида. Примером этого могут служить попытки самоубийства (иногда удачные), совершаемые поклонниками и поклонницами известного рок-музыканта Виктора Цоя, разбившегося в автомобильной катастрофе. По-видимому, немаловажно то, что ходили слухи о его самоубийстве. В 1994 г. в США покончил с собой 27-летний лидер рок-группы «Нирвана» Курт Кобэйн (K. Cobain) Это явилось примером для подражания многих подростков и повлекло за собой ряд суицидов его поклонников.

Однако основным микросоциальным фактором, влияющим на возникновение суицидального поведения у детей, является обстановка в семье.

Семейный фактор. Многими исследованиями доказано, что риск суицида среди взрослых людей ниже у женатых, чем у разведенных, вдовых или одиноких людей.

Особое значение семейный фактор приобретает для возникновения риска суицидального поведения детей и подростков. 92% суицидов у них связаны с неблагополучной семейной ситуацией (неполные, конфликтные, алкоголизирующиеся, криминальные семьи и т. п.). В подобных семьях часто отмечаются отклонения семейного воспитания (гиперпротекция, авторитарность, жестокость родителей и т. п.). Однако следует отметить, что суицидальные тенденции у детей обнаруживают в разных семьях, включая и те, которые внешне выглядят благополучными. По данным С. Суле (1964), 91% родителей детей, свершивших суицид, имели высшее или средне-техническое образование, 67% детей проживали с обоими родителями 33% — только с матерью или с матерью и отчимом. Таким образом, формальные характеристики семей не могут быть признаком повышенного риска суицидальности у детей, главное внимание должно быть уделено содержательной стороне внутрисемейного микроклимата [Жезлова Л. Я., 1981].

Возрастной фактор. Хотя последние десятилетия и отмечается тенденция к омоложению лиц, пытающихся покончить с собой, из всех возрастных групп пожилое население имеет самый большой риск суицида. Чаще всего

суицид совершают мужчины старше 75 лет. Так в 1993 г. в США для детей 10-14 лет показатель смертности в результате суицида на 100 000 населения равнялся 1,7, для подростков 15-19 лет — 10,9, а для пожилых людей старше 74 лет — 22,3-22,8.

Увеличение рейтинга суицида среди пожилых людей, по-видимому, объясняется, главным образом, ухудшением соматического состояния, изменением социальной роли, утратой близких родственников и друзей.

Количество совершенных суицидов лицами до 24 лет в 1993 г. по сравнению с 1950 г. выросло в 3 раза. Тенденция омоложения суицида сохраняется и в настоящее время. Причины этого большинство исследователей связывают с омоложением контингента химически зависимых, ростом количества нервно-психических расстройств.

Причинами суицидов у детей 7-10 лет чаще всего являются разводы родителей, смерть близкого человека, животного, ревность к сиблингу, в препубертатном и пубертатном возрасте среди причин на одно из первых мест выходит наркозависимость. Нарастающая социальная дезадаптация, одиночество, нравственные и физические страдания, отсутствие перспективы порождают тревогу, агрессию, аутоагрессию, нередко выражающихся в суицидальном поведении.

Рассматривая суицидальные действия детей, необходимо учитывать, что понятие смерти, как категории прекращения жизни, у них, как правило, не сформировано. Таким образом, суициды ребенка и взрослого человека принципиально различны.

До 3 лет ребенок еще не имеет границ, отделяющих его от окружающего мира, не различает живое и мертвое. У него нет представлений о времени, о будущем, а значит и о смерти. Если в течение первых лет жизни ему приходится сталкиваться с феноменом смерти, то возникающие в связи с этим представления и эмоции лишь отражают реакции на смерть значимых для него людей, особенно матери.

У дошкольников некоторые представления о смерти уже, как правило, сформированы. Однако при этом они часто считают смерть уделом исключительно стариков, не допуская мысли о возможности прекращения собственной жизни. Кроме того, у большинства детей этого возраста нет понимания необратимости смерти.

У школьников уже отмечается четкое разграничение понятий жизни и смерти, хотя смерть еще и продолжает оцениваться как временное явление. При этом у многих все же присутствует страх умереть, еще чаще встречается страх смерти родителей.

У подростков уже достаточно хорошо развиты способности формирования абстрактных понятий. Им свойственны размышления о жизни и смерти, повышенный интерес к этим темам, находящим отражение в молодежной субкультуре. «Сила жизни и сила смерти в какой-то точке не только соприкасаются, но и отождествляются» (Н. А. Бердяев). Особенно привлекает тема смерти, нередко приобретающей для юношей и девушек ореол таинственной романтичности:

«Все, все, что гибелью грозит,
для сердца смертного таит
неизъяснимы наслажденья»
(А. С. Пушкин).

Их представления о феномене смерти приближаются к представлениям взрослых людей. Понимание конечности собственной жизни и переживания по этому поводу наблюдаются почти у всех девочек, начиная с 12 лет, у мальчиков с 15, однако лишь 20% подростков осознают, что смерть есть окончательное прекращение физической и духовной жизни [Исаев Д. Н., 1993]. Остальные, так или иначе, отрицают необратимость смертельного исхода, верят в реинкарнацию, в загробную жизнь и т. д. В связи с этими особенностями у детей и подростков значительно сложнее, чем у взрослых, отличить истинные суицидальные акты от демонстративных суицидальных имитаций.

Для детей и подростков можно выделить дополнительные факторы риска по суицидальному поведению, не характерные для взрослых. Некоторые из них связаны с процессами роста и развития организма, определяющими эти возрастные периоды. К таким факторам относятся:

— эндокринная перестройка организма;

— возрастная эмоциональная лабильность;

— незавершенность процессов социально-психологического созревания и связанные с ними специфические возрастные реакции эмансипации, негативизма и т. п.;

— специфическая возрастная реакция на алкоголь.

Другие факторы связаны с неправильным воспитанием, наличием патологии или нарушений развития:

— дисгармоническое развитие (инфантилизм, акселерация, асинхронии);

— наличие резидуально-органической патологии центральной нервной системы различного происхождения (перинатального, посттравматического, инфекционного);

— неправильное воспитание, например, вырабатывающее идеальные ригидные высоконравственные установки, которые противоречат реальной жизни, приводят к завышенным требованиям к себе и окружающим, порождают депрессивные реакции, связанные с «потерей веры в людей», сопровождающиеся идеями самообвинения [Жезлова Л. Я., 1981].

ЛЕЧЕНИЕ

Как мы уже упоминали, К. Ясперс считал, что самоубийство — это прерывание коммуникаций. Поэтому успешность психотерапии человека, склонного к суицидальному поведению, зависит от того, удалось ли установить с ним доверительный контакт: «Если коммуникация удается — это уже путь к спасению. Высказывания планирующего самоубийство — это уже поиск иных путей выхода из трудной ситуации. Человек, говорящий о своем самоубийстве, ищет помощи» [Jaspers K., 1932].

Около 80% людей, совершающих суицид, предварительно дают знать о своих намерениях другим людям [Berman A. L., 1998]. Способы сообщения могут быть завуалированы, и нужно уметь их понять. Нередко потенциальные суициденты заводят разговоры о смерти, о своей никчемности, беспомощности, о своем безнадежном положении, упоминают об эпизодах суицидов в фильмах, романах.

Помощь, в которой нуждаются лица, обнаружившие суицидальные тенденции, должна осуществляться с учетом их причин. В зависимости от квалификации суицидальных тенденций К. Ясперс (K. Jaspers) дает различные рекомендации.

1. При психозах единственным средством спасения является надзор в течение всего опасного времени.
2. В случае психологически понятных конечных коллизий задача врача состоит в том, чтобы разрешить данный конфликт.
3. В случае безнадежной болезни или другой реальной угрозы жизни отсрочить самоубийство может надежда на благоприятный исход.
4. При неясном осознании бытия помощь должна быть направлена на то, чтобы прояснить пограничную ситуацию. Этот путь хотя и побуждает к жизни, но все же является опасным.
5. В абсолютном одиночестве никто не может помочь.

Э. С. Шнейдман вполне обоснованно полагал, что эффективность психотерапии зависит от правильности понимания и оценки происходящего [Shneidman E. S., 1996]. В связи с этим психотерапевту важно не только установить коммуникацию с пациентом (присоединиться), но и выявить во время беседы с ним личностный смысл суицидального поведения.

Среди детей и подростков с суицидальным поведением чаще всего встречаются следующие основные типы.

1. «Мститель» — тип, суицидальное поведение которого является результатом трансформации гетероагрессии в аутоагрессию. При этом суицидент, переживая действительное или мнимое отрицательное отношение к себе, решается лишить себя жизни с целью причинения вреда враждебному окружению. Самооценка такого самоубийцы высока, суицидальное поведение отражает активную, агрессивную личностную позицию.

2. «Беглец» — тип, формирующийся при угрозе невыносимых для него и неотвратимых наказания или ситуаций, чреватых моральными и (или) физическими страданиями. Подобная попытка избежания унижения, боли, как правило, предпринимается человеком с достаточно высокой самооценкой.

3. «Палач» — тип с низкой самооценкой, считающий себя виноватым в чем-то, чему нет прощения или (и) считающий себя ничтожеством, недостойным чьих бы то ни было внимания, заботы, любви, решивший казнить себя, так как только смерти он достоин, и лишь она может искупить его вину.

Определение типа суицидального поведения важно для проведения психотерапии как с лицами, обнаружившими суицидальные тенденции, так и с суицидентами в постсуицидальном периоде.

Различают три периода динамики постсуицидального состояния [Тихоненко В. А., 1978].

1. Ближайший постсуицид (в течение 1 недели после совершения попытки самоубийства). В этом периоде формируется тип постсуицидального состояния. Его правильная квалификация является основной задачей психотерапевта.

2. Ранний постсуицид (в течение 1 месяца после попытки).

3. Поздний постсуицид (последующие 4-5 месяцев).

Работая с постсуицидальными пациентами, психотерапевт должен оценить актуальнорсть суицидогениого конфликта, степень фиксированности суицидальных тенденций, особенности отношения пациента к суицидальной попытке. На основании полученных сведений В. А. Тихоненко (1978) предлагает выделять 4 типа постсуицидального состояния, представленных в табл. 22.

Таблица 22

Типы постсуицидального состояния

№	Тип постсуицидального состояния	Актуальность суицидогениого конфликта	Степень фиксированности суицидальных тенденций	Особенности отношения к совершенной суицидной попытке	Возможность рецидива
1	Критический	Актуальность конфликта утрачена за счет понимания его гиперболизации	Суицидальных тенденции нет	Отношение критическое, стыд, желание жить, страх возможной смерти	Рецидивов не бывает
2	Манипулятивныи	Актуальность уменьшилась за счет удовлетворения рентных установок	Суицидальных тенденции нет	Удовлетворение результатом попытки, легкий стыд, желание жить, страх возможной смерти	Вероятность рецидива мала, но есть
3	Аналитический	Конфликт актуален	Суицидальных тенденции нет	Раскаяние за совершенное покушение, поиск иных путей разрешения конфликта	Вероятность рецидива велика, если пути к разрешению конфликта найти не удалось
4	Суицидально-фиксированныи	Конфликт актуален	Суицидальные тенденции сохраняются, могут диссимулироваться	Критики к суицидальному поведению нет, иного пути разрешения конфликта не видит	Вероятность рецидива очень велика, так как пациент не вышел из «суицидального статуса»

Психотерапевтическая тактика определяется установленным типом постсуицидального состояния. При критическом типе достаточно рациональной психотерапии. При манипулятивном — пациент нуждается в более углубленной психотерапии, направленной на изменение ценностных ориентации и выработку негативного отношения к суициду. При аналитическом типе пациент нуждается в систематическом наблюдении, при необходимости — в психиатрическом лечении, направленном на купирование психопатологической продуктивной симптоматики, задачей психотерапии является ликвидация конфликтной ситуации. При суицидально-фиксированном типе пациент нуждается в строгом надзоре, лечении, психотерапии, цель которых — формирование менее брутального типа постсуицидального состояния.

Осуществление помощи пациентам с суицидальными тенденциями и в постсуицидальном состоянии осуществляется в различных структурных подразделениях суицидологической службы [Амбрумова А. Г., 1981].

1. Кабинеты социально-психологической помощи.

2. Кризисный стационар для практически здоровых людей, переживающих психологический кризис.

3. Телефон доверия.

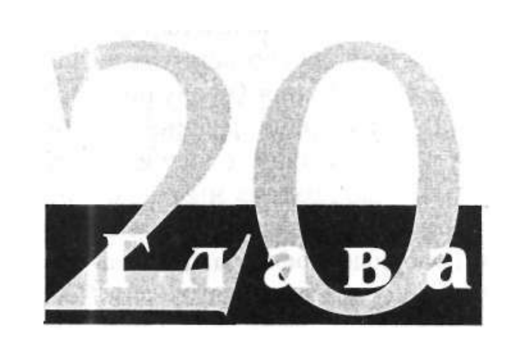
Совершившие суицид получают помощь в реанимационных отделениях, где должны получить консультацию психиатра или психотерапевта, определяющих необходимость перевода в психиатрическую больницу или выписки на амбулаторное лечение.

Контрольные вопросы:

1. Что называют суицидом?
2. Что такое парасуицид?
3. Какие факторы провоцируют суицидальное поведение?
4. Каковы основные отличия суицидального поведения у детей и подростков?
5. Какие существуют типы постсуицидальных состояний?

Список рекомендуемой литературы

1. Актуальные проблемы суицидологии // Тр. МНИИ Психиатрии, т. 92 / Под ред. В. В. Ковалева. - М., 1981. - 264 с.
2. *Дюркгейм Э.* (Durkheim E.) Самоубийство // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. — М.: «Когито-Центр», 2001. - С. 239-254.
3. Саморазрушающее поведение у подростков // Сб научн. тр. ЛНИПИ им. В. М. Бехтерева, т. 128 / Под ред. М. М. Кабанова. - Л., 1991. - 140 с.
4. *Шнейдман Е. С.* (Shneidman E. S.) Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. — М.: «Когито-Центр», 2001. — С. 353-359.
5. *Ясперс К.* (Jaspers K.) Необусловленные действия, ведущие за пределы наличного бытия // Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. — М.: «Когито-Центр», 2001. — С. 72-88.



ФАРМАКОТЕРАПИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время разработаны алгоритмы применения психофармакологических препаратов при лечении нервно-психических расстройств [Краснов В. Н., Гурович И. Я., 2000], что делает этот процесс предсказуемым и управляемым (научный подход).

У детей многие психофармакологические препараты последнего поколения не прошли соответствующей апробации, что ограничивает возможности их использования (ненаучный подход).

В то же время лечение должно быть максимально индивидуализировано, подчас на основе интуиции врача (гуманитарный подход).

Именно поэтому мы решили осветить в этой главе основные классы психофармакологических средств, общие показания и противопоказания, прямые и побочные эффекты. Индивидуализацию лечения студентам следует изучать вместе с преподавателями «у постели больного».

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ

1. Назначение лекарств имеет место только в тех случаях, когда других способов оказать помощь или вылечить ребенка нет, или они оказались неэффективными и известен лекарственный эффект при данной патологии.

2. Врач, назначающий фармакологические средства, должен точно знать цель их назначения и специфичность каждого назначенного средства.

Следует помнить, что психофармакологические средства в основном обладают не этиопатогенетическим действием, а симптоматическим. Поэтому эффективность терапии напрямую связана с точностью симптомо- и синдромологического диагноза.

3. Предпочтительно использовать хорошо известные врачу лекарственные средства, эффекты которых у детей уже раскрыты. Следует помнить, что эффекты фармакотерапии у детей могут значительно отличаться от таковых у взрослых и даже носить парадоксальный характер. Лекарственные средства, используемые у детей и подростков, должны быть минимально токсичны, так как у детей возможно возникновение тех реакций, которых нет у взрослых.

4. Желательно использование в терапии одновременно минимального количества препаратов — меньше осложнений и легче выявить побочные эффекты лекарственного средства.

5. Препараты, вызывающие привыкание, противопоказаны для назначения детям (транквилизаторы).

6. Доза используемого препарата должна быть строго индивидуальна для каждого пациента в соответствии с возрастом, весом, особенностями состояния, переносимостью, реагированием на препарат. Так как у детей имеет место более быстрое всасывание и попадание препаратов в кровь и более быст-

рое их выведение, дозы препаратов должны быть более дробными. Кроме того, более низкий уровень связывания препаратов с белками крови, большее количество свободных фракций в крови лекарственного средства приводят к наступлению более быстрого как лечебного эффекта, так и явлений интоксикации. Идеальным вариантом является контроль за концентрацией уровня лекарственных средств в крови. В подростковом возрасте дозы лекарств должны быть относительно ниже, что связано с дезинтоксикационной способностью печени, которая в этом возрасте снижается.

7. Важно, чтобы родители были союзниками врача в деле лечения ребенка препаратами; их мнение о действии на ребенка препарата должно учитываться лечащим врачом; в то же время задача врача — не допустить приписывания препарату со стороны родителей тех свойств, которых лекарственное средство не имеет или не может вызывать. Терапия эффективна только при содружестве врача, родителей и пациента, с письменного согласия родителей.

8. Необходимо помнить, что длительное назначение психофармакологических средств у детей и подростков быстрее и раньше вызывает нежелательные побочные эффекты, особенно со стороны кроветворной, эндокринной систем.

Ответственность за выбор препарата лежит на враче, так как очень незначительное количество препаратов (особенно нового поколения) зарегистрированы для назначения детям. Необходимо помнить, что плацебо-эффект у детей на 30-40% выше, чем у взрослых. Поэтому эффективность психотерапевтического воздействия у них тоже превышает таковую у взрослых. Назначение препаратов должно быть только в тех случаях, когда без них невозможно обойтись, строго по показаниям. Если в аннотации к препарату есть указания о противопоказаниях для назначения до 15 лет, необходимо выбрать препарат без таковых ограничений.

КЛАССЫ ЛЕКАРСТВ

Антцепрессанты (АД)

Большинство фармакологических эффектов антидепрессантов и их лекарственных взаимодействий происходит на уровне синаптической нейропередачи.

Ингибиторы МАО блокируют метаболические пути разрушения нейромедиаторов (норадреналина, серотонина, дофамина) за счет блокирования моноаминоксидазы, вызывающей окислительное дезаминирование и инактивацию моноаминов-нейромедиаторов.

Трициклические антидепрессанты блокируют обратный захват (реаптейк) нейромедиаторов пресинаптической мембраной.

Итогом в обоих случаях является повышение содержания свободных нейромедиаторов в синаптической щели, вследствие чего повышается продолжи-

тельность и интенсивность их возбуждающего воздействия на постсинаптическую мембрану.

Трициклические антидепрессанты делятся на третичные и вторичные амины. Вторичные амины преимущественно блокируют обратный захват норадреналина, а третичные амины — как норадреналина, так и серотонина.

Потенцирование серотонинергических структур мозга связывается с основным тимоаналептическим действием антидепрессантов, а норадренергических — с общим активирующим, в том числе психомоторную сферу, действием.

Норадреналину приписываются функции нейромедиатора, поддерживающего уровень бодрствования (вигилитет) организма и принимающего участие в формировании когнитивных адаптационных реакций, а серотонину — контроль за импульсивными влечениями, тревогой, половым поведением, агрессивностью, аппетитом, регуляцией циклов сна, чувствительностью к боли (нейромедиатор «хорошего самочувствия»),

Серотонин как медиатор широко используется по всему организму, а большая его часть находится в кишечнике, где он регулирует процессы сокращения гладкой мускулатуры, а также в тромбоцитах — участвует в реакции агрегации. В центральной нервной системе только 2% всего серотонина организма, в ядрах шва мозга, где пересекаются нисходящие и восходящие нервные пути. Поэтому серотонин играет в ЦНС роль модулирующего медиатора.

Серотонинергические нейроны супраоптического ядра принимают участие в регуляции циркадианных ритмов, то есть внутренних биологических часов организма. Сила блокирующего влияния на реаптейк норадреналина и серотонина различается у разных антидепрессантов.Ряд антидепрессантов избирательно блокируют реаптейк именно серотонина.

На основании исследования данных о силе блокировки была сформулирована теория патогенеза развития депрессии как дисбаланса серотонин- и норадренергических систем мозга.

Наиболее сильными и избирательными серотонинергическими антидепрессантами являются пароксетин и сертралин.

Классическая триада антидепрессантов (мелипрамин, амитриптилин, анафранил) является наиболее сильной, неизбирательно блокирующей реаптейк и серотонина, и норадреналина (особенно анафранил).

Антидепрессанты воздействуют и на дофаминергическую систему, участвующую в регуляции моторной сферы и формировании поведенческих реакций. При длительном применении трициклических антидепрессантов чувствительность пресинаптических дофаминовых рецепторов снижается, с чем связана активация психомоторной сферы. Существуют антидепрессанты, прямо блокирующие обратный захват дофамина (бупропион, номифензин и др.).

Большинство трициклических антидепрессантов обладают выраженными холинолитическими свойствами — основой их седативного эффекта. Молекулы большинства антидепрессантов способны непосредственно блокировать рецепторы постсинаптической мембраны, препятствуя действию нейромедиа-

торов. В настоящее время это воздействие признается важной составной частью антидепрессивного эффекта.Есть данные о том, что некоторые трициклические антидепрессанты могут связываться также с опиатными рецепторами, на чем и основано аналгезирующее действие их. Но в целом тимоаналептический эффект любого антидепрессанта при длительном применении реализуется посредством комплексного воздействия на большинство нейромедиаторных и рецепторных систем мозга.

Фармакологические свойства антидепрессантов клинически проявляются в виде терапевтического эффекта и нежелательных побочных явлений. Тропность в отношении гистаминовых и блокада мускариновых рецепторов обусловливает холинолитические побочные эффекты.Современный уровень знаний позволяет сделать вывод, что механизмы действия антидепрессантов остаются пока недостаточно ясными. Отдельные препараты существенно различаются между собой во влиянии на различные нейромедиаторные и нейрорецепторные системы. Поэтому каждый антидепрессант обладает индивидуальным спектром психотропного, нейротропного и соматотропного эффектов, учет которого позволяет подобрать наиболее подходящий препарат в каждом клиническом случае.

Классификация антидепрессантов

2.1. Блокаторы пресинаптического захвата моноаминов — трициклические антидепрессанты.

2.2. Блокаторы путей метаболического разрушения моноаминов — ингибиторы МАО.

2.3. Средства, прямо стимулирующие рецепторы постсинаптической мембраны. Большая их часть не относится к антидепрессантам, но потенцирует терапевтический эффект последних. Многие из них по структуре являются предшественниками неиромедиаторов, а другие непосредственно воздействуют на тот или иной вид постсинаптических рецепторов (часто избирательно на норадренергические, на серотонинергические, дофаминергические, а ряд из них на те и другие).

2.4. Стимуляторы ГАМКергической системы. Они не относятся к антидепрессантам, но оказывают тимоаналептическое действие через стимуляцию накопления ГАМК. Это «тимотранквилизаторы» (альпрозалам), некоторые антиконвульсанты (финлепсин), ноотропы.

2.5. «Тимонейролептики» — особая группа, которые в малых дозах обнаруживают растормаживающий и даже тимоаналептический эффект. Их действие — блокирование дофаминергических рецепторов постсинаптической мембраны. Но в малых дозах они стимулируют пресинаптические дофаминовые рецепторы. Это: сульпирид (эглонил), карпипрамин (празинил), карбидин, пимозид (ОРАП), метафеназин (френолон), рисперидон, зотепин (лодопин). Другая группа «тимонейролептиков» имеет седативный компонент действия. Улучшают настроение левомепромазин (тизерцин), хлорпротиксен (тарактан), флупентиксол (флуанксол), флуперлапин, локсапин. Некоторые из них по химической структуре близки к антидепрессантам.

Таблица 23

Антидепрессанты [Мосолов С. Н., 1995]

С седативным эффектом	Со стимулирующим эффектом	С широким сбалансированным спектром действия
Амитриптилин	Ингибиторы МАО	Лудиомил
Доксепин	Дезипрамин	Пиразидол
Миансерин	Вилоксазин	Дибензепин
Тримипрамин	Нортриптилин	Мелитрацен
Амоксапин	Имипрамин	Анафранил
Бутриптилин	Инказан	Коаксил
Опипрамол	Бупропион	Кароксазон
Фторацизин	Аминептин	Досулепин
	Прозак	Ноксиптилин

Таблица 24

Антидепрессанты (по убыванию эффектов) [Мосолов С. Н., 1995]

Собственно тимоаналептического действия	Антифобического действия	Анксиолитического действия	Стимулирующих свойств	Седативных и гипнотических свойств
Кломипрамин	Кломипрамин	Альпразолам	Ниаламид	Доксепин
Имипрамин	Альпразолам	Кломипрамин	Имипрамин	Амитриптилин
Амитриптилин	Флувоксамин	Флувоксамин	Моклобемид	Миансерин
Мапротилин	Сертралин	Амитриптилин	Кломипрамин	Альпразолам
Пиразидол	Флуоксетин	Сертралин	Пиразидол	Мапротилин
Доксепин	Имипрамин	Миансерин	Флуоксетин	Флувоксамин
Ниаламид	Ниаламид	Доксепин	Сертралин	Кломипрамин
Флуоксетин	Пиразидол	Мапротилин	Мапротилин	Сертралин
Флувоксамин	Моклобемид	Пиразидол	Флувоксамин	Пиразидол
Сертралин	Мапротилин	Флуоксетин	Альпразолам	Имипрамин
Моклобемид	Амитриптилин	Имипрамин	Миансерин	Флуоксетин
Миансерин	Миансерин	Моклобемид	Доксепин	Моклобемид
Альпразолам	Доксепин	Ниалпмид	Амитриптилин	Ниаламид

2.6. Средства, опосредованно стимулирующие нейропередачу через воздействие на опиатные рецепторы (нейропептиды, бета-эндорфины, эндокринные препараты и др.).

2.7. Средства, оказывающие тимоаналептический эффект, с неясным механизмом действия (самир, гептрал, аналукс и др.) (табл. 23, 24).

Побочные эффекты антидепрессантов

1. Холинолитические: сухость во рту, запоры, нарушения аккомодации, задержка мочеиспускания, угнетение перистальтики кишечника, задержка

эякуляции, делириозная симптоматика. Эти нарушения чаще бывают при применении высоких доз препаратов (200-300 мг) — трициклических антидепрессантов — и быстро купируются при снижении доз.

2. Сердечно-сосудистые: сердцебиения и тахикардия, ортостатическая гипотензия, нарушения ЭКГ — сглаженность и инверсия зубца Т, уширение QRS, аритмия, нарушения проводимости, кардиомиопатия при длительном использовании, инфаркты, повышение АД. Трициклические антидепрессанты накапливаются в сердечной мышце, с этим и связаны побочные эффекты.

3. Желудочно-кишечные: тошнота, рвота, горечь во рту, нарушения перистальтики, бурление, колики, метеоризм, анорексия, желтуха, гепатит. Чаще эта симптоматика бывает при применении блокаторов серотонинергической системы.

4. Гематологические: лейкоцитоз, лейкопения, эозинофилия, тромбоцитопения.

5. Центральные: седация, сонливость, слабость, вялость, усталость, разбитость, головокружение, нистагм, атаксия, дизартрия, пароксизмы, экстрапирамидная симптоматика, тремор, мания (инверсия фазы), возбуждение, раздражительность, неусидчивость, бессонница (последние 4 симптома — при использовании ингибиторов МАО).

6. Аллергические: крапивница, дерматоваскулит, артриты, артропатии, лимфоаденопатия.

7. Прочие: поражение зрительного и слухового нервов, нарушения половой функции, приапизм, гинекомастия, увеличение массы тела. При резком прекращении приема может развиться «синдром отмены».

При использовании ингибиторов МАО возможно развитие тираминовой «сырной» реакции в связи с их несовместимостью с рядом продуктов, содержащих тирамин: копчености, сыры, кофе, шоколад, дрожжи, бобовые, красное вино, пиво и др. и с препаратами-симпатомиметиками — адреналин, эфедрин, резерпин, нафтизин и т. д. В этих случаях возможно развитие гипертонического криза (снимается применением коринфара, адреноблокаторов, ганглиоблокаторов — пирроксана, пентамина и др.).

Лекарственные взаимодействия

Фармакокинетические — на метаболическом уровне и фармакодинамические — в точке приложения действия.

Трициклические антидепрессанты усиливают действие опиатных анальгетиков, антиаритмических средств и непрямых антикоагулянтов. При применении с антигистаминными и антипаркинсоническими препаратами развивается сильная седация и холинолитические побочные эффекты.

Ингибиторы МАО при совместном применении с нейролептиками вызывают усиление экстрапирамидных расстройств. Они несовместимы с наркотическими препаратами, барбитуратами, алкоголем, так как усиливают токсическое действие. Потенцируют гипогликемические эффекты инсулина и сульфаниламидов. В сочетании с опиатами вызывают гипертензию.

Норадренергические антидепрессанты и антидепрессанты широкого спектра действия

Имипрамин (имизин, мелипрамин, тофранил, депсонил и др.)

Дибензоазепин. Первый, наиболее изученный и широко применяемый АД.

Больше блокирует обратный захват норадреналина, чем серотонина. Имеет выраженные холинолитические и адренолитические свойства, умеренный антигистаминный эффект.

Фармакокинетика: быстро всасывается, избирательно накапливается в головном мозге, печени, почках. Пик концентрации в плазме крови через 1-2 ч при приеме через рот и через 30-60 мин при в/м введении.Большая часть связывается с белками крови.Период полураспада ($T^{1}/_{2}$) 9-28 ч, у алкоголиков — 11 ч. В течение суток выводится 40% в виде метаболитов, 2% — неизмененным, 20% — с желчью. Терапевтическая концентрация в крови — 0,05-0,16 мкг/л.

Относится к «большим антидепрессантам». Имеет мощный тимоаналептический и стимулирующий эффект.

Мишень-синдром — депрессия с витальной тоской, заторможенностью — типичная депрессия при МДП. Эффективен и при депрессиях другой этиологии, а также при обсессивно-фобических расстройствах, реакции паники, агорафобии, энурезе, невралгиях и других болевых синдромах. Стимулирующий эффект может быть использован в лечении апатоабулических состояний, апатической депрессии.

Форма выпуска: табл. по 25 мг, ампулы. Назначается в первой половине дня. Терапевтическая доза — 200-250 мг в сутки. Тимоаналептический эффект наступает через 7-10 дней, психомоторная активация через 2 нед. Лечение длительное, отмена с постепенным снижением дозы. Можно комбинировать с нейролептиками и транквилизаторами. Нельзя назначать с ингибиторами МАО — промежуток 2 нед.

Побочные эффекты: холинолитические, адренолитические, антигистаминные вплоть до развития делириозных переживаний и пароксизмальных явлений.

Противопоказания: предшествующий курс ингибиторов МАО, гиперчувствительность, инфаркт миокарда, заболевания крови, повышенная судорожная готовность, глаукома, заболевания печени и почек, обострения язвенной болезни, эндокринные расстройства, беременность.

Амитриптилин (элавил, амизол, триптизол, эндеп, саротен ретард и др.)

Производное дегидробензоциклогептена.

Механизм действия — блокада реаптейка (обратного захвата) норадреналина и серотонина 3:1.

Имеет мощное холинолитическое, адренолитическое и антигистаминное действие.

Фармакокинетика: похожа на таковую у мелипрамина. Имеет биодостпность при пероральном приеме 50%. Пик концентрации при приеме через

рот через 1-2 ч, 90% связывается с белками крови. Выводится через почки в виде неактивных метаболитов.

$T^1/_2$ равен 9-25 ч.

Имеет тимоаналептический эффект, равный таковому у мелипрамина, и сильный седативный.

Мишень-синдром — тревожная депрессия эндогенного происхождения.

Эффективен при обсессивно-фобическом синдроме, нервной анорексии, энурезе, депрессиях другой нозологии. Можно назначать на ночь — регулирует нарушения сна.

Форма выпуска: табл. по 25 мг, ампулы.

Терапевтическая доза — 150-200 мг в сутки. Седативное действие развивается быстрее тимоаналептического. Эффект наступает через 2-3 нед, сначала редуцируется ажитация, бессонница, тревога, а далее ослабевают симптомы депрессии.

Побочные эффекты обусловлены высокой холинолитической активностью и антигистаминным действием.

Противопоказания те же, что и у мелипрамина.

Потенцирует седативный и гипнотический эффекты нейролептиков, бензодиазепинов, барбитуратов и алкоголя.

У детей с синдромом ММД (минимальная мозговая дисфункция), с гиперактивным поведением и эмоциональной лабильностью (возможно, с обсессивно-фобическими проявлениями) назначают в дозе 6-12 мг 3-4 раза в сутки; приводит к успокоению, большей усидчивости, продуктивности в занятиях. В комбинации с сонапаксом или галоперидолом показан детям, страдающим атонической формой олигофрении — упорядочивает поведение, улучшает коммуникации. В лечении детского аутизма может быть признан патогенетическим средством. Суточная доза у дошкольников не более 37, 5 мг.

У школьников — 50-62,5 мг, у подростков до 100 мг в сутки. Применяется 3-6 раз в сутки.

Анафранил (кломипрамин, гидифен, хлоримипрамин и др.)

Близок по химической структуре к имипрамину.

По блокированию реаптейка норадреналина и серотонина превосходит и имипрамин, и амитриптилин, и ряд селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

Имеет выраженные холинолитические, адренолитические и антигистаминные эффекты.

Фармакокинетика: при пероральном приеме быстро всасывается и распределяется по всему организму. Максимальная концентрация в плазме крови достигается через 4 ч. 90% препарата связывается с белками крови. $T^1/_2 =$ 20-26 ч. Выводится через почки в виде метаболитов. Антидепрессивный эффект при достижении в крови концентрации 160-200 мкг/л.

Мишень-синдром — эндогенная классическая депрессия. Основной эффект — тимоаналептический. Вместе с мелипрамином и амитриптилином входит в триаду эталонных классических «больших» антидепрессантов.

Кроме того, проявляет как стимулирующее, так и седативное действие, которые соответственно меньше, чем у предыдущих препаратов.

Методика применения аналогична таковой у других членов триады.

Форма выпуска: табл. по 25 мг. Суточные дозы широко варьируют от 25 мг до 250 мг в сутки. Эффект выявляется не ранее 10-14 дней с момента начала приема. Возмоможно применение капельно внутривенно.

Кроме того, препарат имеет выраженный противотревожный эффект, поэтому показан при депрессии с тревожным аффектом. Высокоэффективен в лечении депрессивно-параноидного синдрома различного генеза.

Высокоэффективен в лечении атипических невротических маскированных депрессий. Редуцирует проявления навязчивостей, сенесто-ипохондрических переживаний. Оказывает благоприятный эффект при лечении депрессий, резистентных к другим препаратам.

Накоплен опыт лечения обсессивно-фобических и тревожных расстройств без депрессии. При этом эффект наступает значительно позднее, на 4-5-й неделе применения. Используется при этом в дозах 150-300 мг в сутки с медленным наращиванием дозы.

Анафранил высокоэффективен в лечении тревожно-фобических или панических расстройств, являясь при этом препаратом выбора (положительный результат у 75-90% больных с этими синдромами). Антипанический эффект наступает быстрее и при применении меньших доз, чем при лечении депрессии.

Он эффективен в лечении хронических алгических синдромов и нарколепсии.

Побочные эффекты обусловлены, как и у предыдущих препаратов, холинолитическими, адренолитическими и антигистаминными свойствами. Как правило, они связаны либо с передозировкой, либо сверхчувствительностью к препарату.

Противопоказания аналогичны таковым у мелипрамина и амитриптилина.

Герфонал (тримипрамин, сюрмонтил, сапилент)

По химической структуре сходен с мелипрамином и тизерцином. По фармакологическим свойствам ближе к мелипрамину, но, в отличие от него, обладает способностью к блокаде обратного захвата дофамина и дофаминергических рецепторов. Лидирует в блокаде гистаминовых, мускариновых и адренергических рецепторов.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, максимальная концентрация в плазме крови через 2-3 ч. 95% связывается с белками крови. Т '/$_2$ = Ю- 11ч. Достаточная терапевтическая концентрация достигается через 2-3 нед приема. Интенсивно разрушается в печени и выводится с мочой.

Терапевтическое действие: 1) тимоаналептическое (слабее, чем у препаратов «триады»); 2) седативное (ближе к тизерцину); 3) анксиолитическое.

Показан при тревожных и ажитированных депрессиях с агрипническими расстройствами. Не вызывает психомоторной активации и обострения продуктивной симптоматики. Эффективен при депрессиях средней тяжести,

реактивных и невротических депрессивных переживаниях. Эффект наступает на 10-14-й день приема. Оказывает хороший эффект при агрипнических расстройствах различного генеза, так как не угнетает парадоксальную фазу сна (физиологическое гипнотическое воздействие).

Форма выпуска: табл. по 25 мг, ампулы. Среднесуточная доза — 150-300 мг.

Побочные эффекты и осложнения такие же, как у других трициклических (холинолитические, адренергические, но в большей степени выражены седативные). Возможны экстрапирамидные расстройства (как у тизерцина).

Противопоказания те же.

Потенцирует действие алкоголя, барбитуратов, нейролептиков и других влияющих на ЦНС средств.

Азафен (пипофезин) — оригинальный отечественный препарат. Относится к «малым» антидепрессантам. Его действие складывается из умеренного тимоаналептического и седативного эффектов. Холинолитическая активность отсутствует. Имеет отчетливое антисеротониновое действие и слабый противорезерпиновый эффект.

Мишень-синдромы:

1) астенодепрессивный — без глубоких психотических нарушений различной этиологии (соматогенной, сосудистой и др.);
2) симптоматическая депрессия при алкоголизме;
3) нарушения сна при амбулаторной депрессии;
4) астения как побочный эффект нейролептиков.

Форма выпуска: табл. по 25 мг.

Терапевтическая суточная доза составляет 150-200 мг в три приема, можно назначать на ночь.

Хорошо переносится и редко дает побочные эффекты, исчезающие при снижении дозы. Не обладает кардиотоксическим и холинолитическим действием, поэтому широко применяется у соматических больных.

Сочетается с нейролептиками, транквилизаторами, другими АД, кроме ингибиторов МАО.

Нортриптилин (авентил, памелор, нортрилен, аллегрон, примокс, психостил и др.)

По химической структуре — деметилированный амитриптилин, который является его активным метаболитом.

Нортриптилин сильнее амитриптилина блокирует реаптейк норадреналина, нежели серотонина, но имеет меньшую холинолитическую и адренолитическую активность. Имеет умеренное тимоаналептическое и стимулирующее действие (по последнему уступает мелипрамину).

Показания:

1) неглубокие депрессии с заторможенностью разного генеза, в том числе эндогенные;
2) ипохондрический синдром.

Стимулирующий эффект (появляется на 1-й неделе) опережает тимоаналептический (появляется на 2-й неделе). Возможна инверсия фазы.

Форма выпуска: табл. по 25 мг. Средняя терапевтическая суточная доза — 75-150 мг.

$T^{1}/_{2}$ = 36-39 ч, поэтому назначается 1 раз в сутки.

Не эффективен в низких и высоких дозах, то есть имеет четкое «терапевтическое окно» 50-150 мг.

Побочные эффекты те же, но слабее.

Противопоказания аналогичны таковым у всех трициклических антидепрессантов.

Дозопрамин (дезметилимипрамин, пертофран, петилил, сертофрен, норпрамин)

Является одним из самых активных метаболитов имипрамина (мелипрамина). Наиболее сильно из всех блокирует реаптейк норадреналина. Умеренно блокирует мускариновые и адренорецепторы.

Спектр действия:

1) умеренный тимоаналептический эффект;

2) выраженный стимулирующий эффект.

Показания:

1) заторможенные апатоанергические эндогенные депрессии средней тяжести;

2) апатоадинамический и астенический синдромы различного генеза.

Эффект наступает через 3-4 нед приема, но сначала активирующий, а затем тимоаналептический эффект, что требует тщательного наблюдения за пациентами с суицидальными мыслями.

Может усиливать тревогу, бессонницу, обострять продуктивную симптоматику.

$T^{1}/_{2}$ = 21 ч, поэтому назначается 1-2 раза в сутки, в первую половину дня. Средняя суточная терапевтическая доза — 150-200 мг, реже до 400 мг.

Побочные явления как у всех трициклических антидепрессантов, но выражены слабее, чем у трех основных, поэтому широко используется у соматических и пожилых больных.

Противопоказания те же.

Доксепин (квитаксон, адапин, доксал и др.)

Производное дибензоксепина. Блокирует реаптейк норадреналина.

Сильное воздействие на гистаминовые, мускариновые, адренергические рецепторы, умеренное — на серотониновые рецепторы.

По спектру действия похож на герфонал:

1) умеренное тимоаналептическое действие;

2) выраженное седативное и анксиолитическое действие.

«Антидепрессант-седатик», показан при тревожных депрессиях разной этиологии (эндогенной и др.). Имеет хороший эффект при тревожных состояниях другого генеза, в том числе при алкоголизме и токсиконаркоманиях.

Ряд литературных источников указывают, что препарат обладает сосудорасширяющим, миорелаксирующим, антиалгическим и противосудорожными эффектами.

Единственный из трициклических антидепрессантов в дозе до 150 мг может сочетаться с гипотензивными препаратами гуанетидинового ряда (изобарин и т. д.). Малотоксичен. Быстро всасывается. $T'/_2$ = 17 ч> суточная доза — 75-150 мг.

Противопоказания те же.

Препараты, не получившие широкого распространения
(трициклические антидепрессанты)

Нокситриптилин (аге дал, дибензоксил, ноге дал)

Антидепрессант широкого спектра действия:

1) тимоаналептическое;
2) стимулирующее;
3) седативное (в меньшей степени).

Эффективен при разных формах депрессии.

Показания: депрессии невротического уровня, реактивные и маскированные.

Терапевтическая доза — 50-150 мг/сут. Максимальный эффект на 3-й неделе. Развитие седативного и стимулирующего эффектов не зависит от доз.

Побочные эффекты: типичные для трициклических антидепрессантов, но редкие и выражены слабее.

Демексиптилин (депарон)

Производное предыдущего препарата. По всем эффектам близок к нему. Применяется аналогично в тех же дозах

Мелитрацен (траусабун, адаптол, метраксил, диксеран)

Относится к препаратам сбалансированного действия: тимоаналептический, стимулирующий и седативный эффекты.

Усиливает действие норадреналина, потенцирует действие серотонина, обладает аитигистаминным и холинолитическим эффектами.

Седативный эффект — при малых и высоких дозах, стимулирующий — при средних. Тимоаналептическое действие проявляется в смягчении деперсонализации и дереализации.

Мишень-синдром: депрессия с соматовегетативными нарушениями. Эффект — на 2-3-й неделе лечения. Оптимальные дозы 100-300 мг/сут.

Побочные эффекты выражены нерезко.

Противопоказания и лекарственные взаимодействия как у других трициклических антидепрессантов.

Досулепин (протиаден, идом, дотиепин)

Серосодержащий аналог амитриптилина.

Относится к препаратам сбалансированного действия, хотя стимулирующие свойства выражены слабее в сравнении с седативными и анксиолитическими.

По тимоаналептическому эффекту уступает «основной триаде АД».

Мишень-синдромы: атипичная депрессия, тревожно-ипохондрическая, инволюционная меланхолия.

Терапевтический эффект — на 2-3-й неделе, но седативный и анксиолитический — на 1-й неделе.

T'/$_2$ = 18-21 ч, средняя терапевтическая доза — 75-150 мг/сут.

Побочные эффекты — обычные для этой группы, но выражены незначительно, при употреблении больших доз.

Дибензепин (новерил, депрекс, неодит и др.)

По химическому строению ближе к мелипрамину, но его активность в 5 раз ниже, чем у амитриптилина. Обладает сильным тимоаналептическим **и** стимулирующим действием с более слабым седативным.

Мишень-синдромы:

1) классическая эндогенная депрессия;

2) астеническая и ступорозная депрессия.

Активирующий и седативный эффект выявляются на 1-й неделе лечения. Средняя суточная доза = 200-500 мг/сут. *T*/$_2$* = 4 ч, поэтому препарат требует частого приема. Хорошо переносится, так как имеет мало побочных эффектов.

Опипрамол (инсидон, прамалои)

Производное дибензазепина.

Эффекты: слабое гипотермическое, слабое противорвотное, слабое противосудорожное, незначительное атропиноподобное, обезболивающее, антисеротониновое, антигистаминное.

Обладает тимоаналептическим и седативным действием.

Относится к «малым» антидепрессантам.

В основном показан при невротических депрессиях. Характерен транквилизирующий эффект препарата. Обладает вегетостабилизирующим действием («психосоматический гармонизатор»), может широко использоваться в лечении психосоматических расстройств и в геронтопсихиатрии.

T^1/, = 6-24 ч. Суточная доза 100-200 мг.

Побочные явления редкие, обычные для трициклических АД.

Противопоказания и взаимодействия с другими лекарствами такие же, как у других трициклических АД.

Кинупрамин (кеворил, кинуприл, кинуприн)

Производное дибензазепина.

Тормозит реаптейк норадреналина.

Эффекты: умеренный тимоаналептический, умеренный седативный, антигистаминный, холинолитический.

Близок к амитриптилину и доксепину, но обладает и стимулирующим действием (сбалансированная активность).

Мишень-синдромы: тревожная депрессия; инволюционная депрессия.

T'/$_2$ = 30-35 ч, назначается 1 раз в день.

Имеет экстраренальный путь элиминации, так как не имеет активных ме-

Суточная доза — 2,5-7,5 мг/сут.

Побочные явления, противопоказания и взаимодействия с лекарствами аналогичны таковым у трициклических АД, выражены умеренно.

Метапрамин (теимаксель, родостен)

Производное дибензазепина.

незначи-

Стимулирует норадренергическую систему без блокирования его обратного захвата. Нет холинолитических свойств.

Эффекты:

1) тимоаналептический;

2) стимулирующий;

Мишень-синдром: депрессия с психомоторной заторможенностью, анергией и астенией.

Терапевтическая доза 200-600 мг/сут. Хорошо переносится, может применяться у соматически ослабленных больных.

Может использоваться при алгических синдромах.

Противопоказания и лекарственные взаимодействия — как у всех трициклических АД.

Пропизепин (вагран)

Производное пиридобензодиазепина.

Механизм действия неизвестен.

«Малый» антидепрессант сбалансированного действия.

$T_{1/2}$ = 8,5 ч. Суточная доза 100-300 мг.

Побочные эффекты незначительные.

Фторацизин

Оригинальный отечественный препарат. По химической структуре близок к нейролептикам фенотиазинового ряда.

Блокирует реаптейк норадреналина, имеет сильное холинолитическое действие, тормозит развитие нейролептической каталепсии.

Является антидепрессантом-седатиком. Седативный эффект больше, чем у амитриптилина, приближается к таковому у нейролептиков. Тимоаналептический эффект меньше, чем у амитриптилина.

Мишень-синдромы:

1) тревожная депрессия при МДП;

2) депрессивно-параноидный;

3) в малых дозах — корректор нейролепсии, экстрапирамидных нарушений.

Побочные эффекты обусловлены холинолитическими свойствами.

Противопоказания и лекарственные взаимодействия аналогичны таковым у трициклических АД.

Иприндол (праминдол, прондол, галатур, тертран)

Производное циклооктоиндола, сходное по структуре с мелипрамином. Механизм действия не ясен. Усиливает прессорные эффекты норадреналина и адреналина, умеренно потенцирует действие апоморфина. Холинолитическая активность меньше, чем у мелипрамина, в 10 раз.

Обладает тимоаналептическим и стимулирующим компонентом.

Мишень-синдром: заторможенная депрессия.

$T^1/_2$ = 52 ч, назначается 1 раз в сутки.

Суточная доза = 60-150 мг.

Хорошо переносится.

Противопоказания — как у всех трициклических АД.

Препараты тетрациклической структуры

Лудиомил (мапротилин, ретинил, мапролу)

Производное антраценпропиламина. Имеет эффект выраженного реаптейка норадреналина, существенного адренолитического и незначительного холинолитического действия.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, 88% связывается с белками крови. Может назначаться 1 раз в сутки. 60% выводится с мочой, 30% — с калом, более 90% метаболизируется.

$T^1/2$ = 25-58ч.

Антидепрессант сбалансированного действия.

Эффекты:

1) мощный тимоаналептический с анксиолитическим;
2) выраженный седативный;
3) слабый стимулирующий.

Мишень-синдромы:

1) депрессия с заторможенностью;
2) дистимия и тревожные состояния;
3) тревожная депрессия с ажитацией, то есть типичная циркулярная депрессия при МДП;
4) соматизированная и вегетативная депрессия;
5) ларвированная депрессия;
6) депрессия при психосоматических заболеваниях;
7) дисфории при психопатии;
8) депрессия с анестетическими и обсессивно-фобическими явлениями;
9) апатоадинамическая депрессия при простой форме шизофрении.

Суточная доза — 100-200 мг.

Эффект наступает быстрее, чем у классической триады трициклических АД, уже на 1-й неделе тимоаналептический и анксиолитический эффекты.

Хорошо сочетается в средних дозах с дезингибирующими нейролептиками (сульпирид, флушпирилен и др.).

Хорошо переносится больными в сравнении с трициклическими АД, так как имеет слабые холинолитические свойства.

Но возможны осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, аллергические кожные реакции, которые встречаются в 2 раза чаще, чем у «классической триады».

Противопоказания имеет те же, что и трициклические АД.

Может использоваться у детей, подростков, пожилых.

Миансерин (леривон, миансан, норвал, атимил и др.)

Производное дибензопиразиназепита.

Механизм действия не ясен. Не обладает реаптейком медиаторов, не ингибирует МАО.

Блокирует центральные пресинаптические адренорецепторы и вторично увеличивает высвобождение норадреналина, оказывает блокирующее действие на серотониновые рецепторы и некоторые гистаминовые и сильное периферическое серотонинлитическое влияние.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, пик концентрации в крови через 2-3 ч. Биодоступность 30%. T'/$_2$ = 17-48 ч (в среднем 32 ч).

Терапевтическая концентрация достигается через 2-3 недели применения.

Метаболизируется в печени, выводится почками (20% — в неизмененном виде) и с желчью.

Относится к антидепрессантам-седатикам. По силе тимоаналептического эффекта уступает «классической триаде» и лудиомилу, близок по действию к пиразидолу, но обладает анксиолитическим и снотворным действием.

Относится к «малым» антидепрессантам. По спектру действия близок к азафену. У препарата довольно быстро наступают эффекты. Мишень-синдромы:

1) астенодепрессивный;
2) тревожно-депрессивный;
3) соматизированная депрессия.

Применяется в дозах 30-150 мг/сут однократно на ночь в соответствии с периодом полураспада и гипнотическим эффектом. Терапевтический эффект — на 1-2-й неделе, сначала анксиолитический, затем тимоаналептический. Обладает анальгезирующим действием.

Не обладает холинометическими и кардиотоксическими свойствами. Остальные побочные эффекты такие же, как у трициклических. Противопоказания аналогичны таковым у трициклических АД.

Миртазапин (мепипрезин, ремерон)

По химической структуре близок к миансерину.

Обладает смешанным норадреналин- и серотонинпозитивным действием и лишен адренолитических и холинолотических свойств, имеет умеренный антигистаминный эффект.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, биодоступность 50%. Пик концентрации достигается при введении per os через 2 ч. Устойчивая концентрация — через 3-5 дней приема. 85% препарата связывается с белками крови. T'/$_2$ = 20-40 ч. Полностью выводится через 4 дня, 85% — с мочой, 15% — с калом. Антидепрессант с седативным, анксиолитическим и гипнотическим эффектом.

Показания:

1) тревожные депрессии различного генеза;
2) униполярная эндогенная депрессия.

По общей эффективности не уступает амитриптилину, анафранилу, доксепину, мапротилину, тразодону.

Средняя доза: 15-45 мг/сут — 60-80 мг/сут.

Назначается 1 раз в сутки на ночь. Эффект — на 2-3-й неделе.

Хорошо переносится больными,

Противопоказания: почечная и печеночная недостаточность, беременность. Не сочетается с ингибиторами МАО.

Амоксапин (азедин, дефанил, демолокс, омнипресс и др.)

Тетрациклический дибензоксазепин, «родственник» нейролептика локсапина.

Не имеет холинолитических и антигистаминных свойств. Преимущественно действует на норадренергическую систему. Обладает дофаминоблокирующей и адренолитической активностью, блокирует ряд серотонинергических рецепторов.

Показания:

1) ажитированные психотические депрессии;

2) депрессивно-бредовой синдром;

3) тревожные состояния различной этиологии.

Терапевтические дозы — 200-300 мг/сут. $T_{1/2}$ = 10 ч, эффект быстрее, чем у трициклических антидепрессантов (1-2-я недели).

Побочные явления:

1) экстрапирамидные (акатизия, дискинезии);

2) ортостатическая гипотензия;

3) запоры.

Препараты другой химической природы

Тразодон (триттикс, манеган, тразолан, трезин, триттико)

Имеет бициклическую структуру, производное триазолопиперидина. Блокирует реаптейк серотонина (слабее других АД), адреноблокатор, имеет антисеротониновые и антигистаминные свойства (похож на миансерин). Не имеет холинолитического эффекта. $T_{1/2}$ = 5-10 ч. «Малый антидепрессант».

Эффекты: седативный, анксиолитический, антифобический, гипнотический, умеренный тимоаналептический.

Показания:

1) неглубокие тревожные депрессии различного генеза;

2) дисфории органического генеза;

3) соматизированная и ларвированная депрессия;

4) психосоматические заболевания.

Терапевтический эффект — на 1-2-й неделе. Суточная доза — 300—600 мг. Имеет побочные эффекты, подобные трициклическим АД (сонливость, сухость во рту, снижение АД, аноргазмия, приапизм — требует отмены).

Нельзя применять у больных с инфарктом миокарда.

Нефазодон (серзон)

По химической структуре близок к тразодону.

ТУ$_2$ = 2-4 ч.

Показания те же.

Хорошо переносится, не вызывает приапизма.

Возможно появление сухости во рту, тошноты, запоров, головокружения.

Назначается 2-3 раза в день 400-600 мг/сут.

Бефуралин (бициклический бензилпиперазин)

Слабо блокирует реаптейк норадреналина и серотонина, имеет активирующее действие на центральные норадренергические нейроны. Не имеет холинолитических и антигистаминных свойств.

Тимоаналептик со стимулирующим эффектом.

Показания: депрессии с заторможенностью.

Улучшение — на 1-й неделе. Суточные дозы — 100-300 мг.

Побочные эффекты незначительные.

Вилоксазин (вивалан, вицилан, эмовит)

Моноциклическое производное морфолина.

Тормозит реаптейк моноаминов, активирует норадренергическую систему, имеет дофаминергическую активность. Не имеет холинометических и антигистаминных свойств. Тимоаналептические и стимулирующие свойства приближаются к мелипрамину.

Показания:

1) типичная меланхолическая депрессия;

2) апатоадинамическая и астеноанергическая симптоматика.

Может усиливать тревожную и психотическую симптоматику.

Стимулирующий эффект выявляется в первые дни.

Т'/$_2$ = 3,5-11ч, назначается 3 раза в сутки.

Терапевтическая доза — 150-300 мг/сут.

Побочные действия: напоминают таковые у мелипрамина, но выражены меньше. Увеличивает содержание в плазме крови карбамазепина.

Венфалаксин (эффексор)

Производное фенетиламина, структурно новый препарат. Блокирует реаптейк норадреналина и серотонина.

Т'/$_2$ = 5 ч, поэтому назначается 2-3 раза в сутки. Только 30% связывается с белками крови. Концентрация в крови достигается на 3-й день. Обладает тимоаналептическим и слабым седативным действием. По эффективности не уступает классическим АД. Является антидепрессантом быстрого действия (на 1-й неделе приема). Показан при эндогенной депрессии.

Терапевтическая доза: 75-375 мг/сут.

Побочные эффекты меньше, чем у трициклических.

Кловаксамин

Близок по химической структуре к флувоксамину.

Блокирует реаптейк серотонина и норадреналина.

По тимоаналептическому, седативному, анксиолитическому эффекту близок к амитриптилину.

Показан при ажитированной депрессии.

$T^{1}/_{2}$ - 9,5 ч. Суточная доза — 100-300 мг.

Побочные явления как у флувоксамина.

Медифонсамин (кледиаль, гердаксил)

Моноциклическое производное дифеноксиэтиламина.

Блокирует реаптейк норадрналина и дофамина.

Не имеет холинометических свойств.

Обладает тимоаналептическим и анксиолитическим эффектом.

Показания: тревожные депрессии различной этиологии.

Терапевтическая доза — 100-300 мг/сут.

Побочные эффекты незначительные.

Мидалципран (милнаципран, иксел)

Моноциклическое производное карбоксамида.

Блокирует реаптейк норадреналина и серотонина.

Не имеет холинолитических свойств.

Антидепрессант широкого спектра: тимоаналептическое, анксиолитическое, в меньшей степени — стимулирующее действие.

Показания: различные по клинике и нозологии депрессии.

Терапевтическая доза — 100-400 мг/сут.

Хорошо переносится больными.

Томоксетин

Моноциклическое производное бензепропанамина

Блокирует реаптейк норадреналина.

Не имеет холинолитических свойств.

Обладает тимоаналептическими и стимулирующими свойствами.

Эффект — к концу 1-й недели.

Показания: депрессия с заторможенностью.

$T1/_{2}=19$ ч.

Терапевтическая доза — 20-90 мг/сут.

Побочные эффекты встречаются редко (на больших дозах — симптомы гиперстимуляции).

Ролипрам

Моноциклическое производное пирролидона.

Стимулирует норадренергическую систему и действует на опиатные рецепторы.

По тимоаналептическим свойствам близок к мелипрамину или амитриптилину.

Показания: типичная эндогенная депрессия.

Цефедрин

Моноциклическое производное эфедрина, оригинальный отечественный препарат.

По фармакологическим свойствам близок к «классической триаде» трициклических АД.

Имеет слабую холиномиметическую активность.

Сочетает умеренный тимоаналептический и отчетливый стимулирующий эффекты. «Малый» антидепрессант.

Показания: неглубокие депрессии с апатическим радикалом и заторможенностью.

Терапевтическая доза — с 75-100 мг/сут до 400-600 мг/сут. Эффект — на 2-3-й неделе.

Психостимулирующее действие — на 3-4-й день приема.

Побочные явления нечастые — сухость во рту, запоры, бессонница, ажитация.

Противопоказания: печеночная и почечная недостаточность, сердечная недостаточность.

Серотонинергические антидепрессанты

Флуоксетин (прозак, фонтекс, продеп, портал, профлузак, фрамекс)

Моноциклическое производное фенилпропиламина.

Селективный ингибитор реаптейка серотонина. Не имеет холинолитических, адренолитических и антигистаминных свойств. Не вызывает гипотензивного эффекта и нарушений сердечного ритма.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, биодоступность 70%, 90% связывается с белками плазмы крови. Пик концентрации при приеме per os — через 6-8 ч. Терапевтическая концентрация достигается через несколько недель приема.

$T^1/_2$ = 60-70 ч, а его активного метаболита 200-300 ч, что необходимо учитывать при переходе на терапию ингибиторами МАО — перерыв до 5 недель.

Возможна кумуляция препарата при длительном применении.

Частично выводится почками, метаболизируется в печени.

Эффекты: тимоаналептический, стимулирующий

Мишень-синдромы:

1) обсессивно-фобическая симптоматика;
2) соматизированная депрессия;
3) неглубокая эндогенная депрессия с заторможенностью;
4) нарушения, связанные с дефицитом серотонина;
5) нервная булимия.

Является типичным антидепрессантом, действие которого первично обращено к витально измененному аффекту. Может вызывать инверсию фазы, усиление ажитации, бессонницу.

Широко назначается в США.

Прием 1 раз в сутки или 1 раз в 2-3 дня в дозе 20-40 мг утром с приемом пищи.

Терапевтический эффект — к концу 1-й недели, в полной мере — на 3-4-й неделе. Эффективен при нервной булимии.

При больших дозах (80 мг/сут) возможны побочные явления:

1) диспептические расстройства;

2) головная боль, головокружение;
3) акатизия, тремор, бессонница;
4) аллергические реакции и атропатии;
5) анорексия, снижение веса;
6) снижение Na в крови;
7) нарушение половой функции.

Являясь ингибитором ряда ферментов печени, удлиняет $T^{1}/_{2}$ ряда лекарств.

Повышает в крови содержание трициклических АД, нейролептиков (усиливается экстрапирамидная недостаточность), усиливает седативные эффекты транквилизаторов и барбитуратов.

Увеличивает уровень в крови финлепсина и вальпроата натрия. Не сочетается с ингибиторами МАО (удлинять перерыв между их назначениями).

Противопоказания: болезни печени, почек, беременность, лактация, эпилепсия.

Фемоксетин (малексил)

Моноциклическое производное фенилпиперидина.

Блокирует реаптейк серотонина.

Является тимоаналептиком с седативным эффектом.

$T^{1}/_{2}$ = 22ч.

Показания: тревожная депрессия средней тяжести, мигренеподобные головные боли.

Терапевтическая доза — 200-600 мг/сут.

Побочные эффекты — редки.

Флувоксамин (феварин, думирокс, мироксим и др.)

Моноциклическое производное аралкилкетона. Сильный ингибитор реаптейка серотонина. Не имеет холинолитического, антигистаминного и адренолитического действия. Не вызывает гипотензивного и кардиотоксического побочного действия.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, 80% связывается с белками крови. Биодоступность 90%. $T^{1}/_{2}$ = 19-22 ч. 90% дозы выводится почками в неизмененном виде.

Эффекты:
1) тимоаналептический;
2) анксиолитический;
3) вегетостабилизирующий.

Мишень-синдромы:
1) соматизированные и маскированные депрессии;
2) неглубокие эндогенные депрессии;
3) обсессивно-фобический синдром;
4) реакции паники и болевой синдром.

Терапевтическая концентрация достигается к концу 1-й недели приема. Клинический эффект — к концу 2-3-й недели. Терапевтическая суточная доза — от 100-200 мг до 300-400 мг. Назначается однократно, вечером.

Побочные эффекты:

1) гепатотоксический;

2) сухость во рту, запоры, анорексия, диспепсия;

3) головная боль, нарушения аккомодации, тремор, слабость, вялость, сонливость;

4) судорожный синдром.

Удлиняет период выведения трициклических АД. Потенцирует действие алкоголя.

Противопоказания:

1) эпилепсия;

2) болезни печени, почек;

3) период лактации;

4) у детей;

5) одновременно с ингибиторами МАО.

Циталпрам (ципрамид, ципрамил, ципрам, серопрам)

Бициклическое производное изобензофурана.

Тормозит нейрональный захват серотонина.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ. 80% связывается с белками крови. Биодоступность 100%. Пик концентрации при приеме per os через 2-4 ч. $T^{1}/_{2}$ = 33 ч, поэтому назначается однократно.

Эффекты: тимоаналептический, стимулирующий.

Не вызывает холинолитических и кардиотоксических эффектов.

Показания:

1) циклотимия;

2) дистимия;

3) панические реакции;

4) тревожный синдром;

5) обсессивно-фобический синдром;

6) атипичная депрессия с дисфорией;

7) депрессия у пожилых.

Терапевтическая суточная доза — 20-60 мг.

Побочные эффекты редки:

1) диспептические расстройства;

2) тремор, потливость, сонливость.

Успешно сочетается с другими психотропными. Нельзя сочетать с ингибиторами МАО.

Потенцирует действие транквилизаторов, фенобарбитала.

Золофт (сертралин, люстрал)

Бициклическое производное нафтиламина.

Селективный ингибитор реаптейка серотонина. Не обладает холинолитическим, кардиотоксическими и седативными свойствами.

Фармакокинетика: биодоступность 44%, повышается при приеме во время еды. Связывание с белками крови — 98%. Активно метаболизируется в печени. $T'/_{2}$ = 26 ч, поэтому назначается 1 раз в сутки. Выводится с мочой и калом.

Эффекты:

1) тимоаналептический;

2) стимулирующий.

Улучшение — к концу 1-й недели. Стабильный эффект — на 3-4-й неделе.

Показания:

1) соматизированная и атипичная депрессия;

2) обсессивно-фобические расстройства.

Терапевтическая доза — 50-200 мг/сут. Хорошо переносится больными.

Побочные действия:

1) диспептические расстройства;

2) тремор, потливость;

3) нарушения половой функции.

Противопоказания:

1) беременность;

2) болезни печени, почек;

3) гиперчувствительность;

4) совместно с ингибиторами МАО.

Пароксетин (паксил, дероксат, аропакс, сероксат)

Бициклическое производное пиперидина.

Мощный блокатор реаптейка серотонина.

Обладает умеренным холинолитическим действием.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, биодоступность 64%. Пик концентрации наступает через 6 ч. Терапевтическая концентрация — через 10 дней. $T_{1/2}$ = 16-21 ч, применяется однократно в сутки. 95% препарата связывается с белками крови. Почками выводится 64%, 36% — с желчью. Метаболизируется печенью.

Профиль активности:

1) тимоаналептическая;

2) анксиолитическая;

3) отчетливый стимулирующий эффект.

Показания:

1) классическая эндогенная депрессия (тоскливая и заторможенная);

2) при депрессиях, резистентных к трициклическим АД;

3) болевой синдром (диабетическая нейропатия).

Не уступает по действию мелипрамину. Эффект — к концу 1-й недели приема. Хорошо переносится больными. Терапевтическая доза — 10—40—60 мг/сут.

Побочные явления:

1) диспептические расстройства;

2) нарушения сна, потливость, нарушения аккомодации;

3) увеличивает концентрацию трициклических АД.

Противопоказания:

1) ингибиторы МАО;

2) болезни печени, почек;
3) сверхчувствительность;
4) беременность, лактация.

Дофаминергические антидепрессанты

Аминептин (сюрвектор)

Блокирует реаптейк дофамина, а в высоких дозах — и серотонина. Не имеет холинолитических свойств.

Фармакокинетика: $T_{1/2}$ = 24 ч, эффект — к концу 1-й недели. Обладает тимоаналептическими и стимулирующим эффектом.

Показания:
1) депрессия с заторможенностью;
2) ипохондрическая и обсессивная симптоматика.

Средняя терапевтическая доза — 100-300 мг/сут. Хорошо переносится. Провоцирует возникновение фурункулеза, вызывает аллергический гепатит, диспептические расстройства, нарушения половой функции.

Противопоказания:
1) хорея Гентингтона;
2) почечная и печеночная недостаточность;
3) комбинация с ингибиторами МАО.

Номифензин (аливал, пситон, меритал и др.)

Бициклическое производное изохинолина.

Сильный блокатор реаптейка дофамина и норадреналина. Обладает антигистаминным и холинолитическим действием, оказывает умеренный адренолитический эффект.

Фармакокинетика: $T_{1/2}$ = 2-4 ч, требует частого введения.

Эффекты: стимулирующий, тимоаналептический.

Показания: депрессия с заторможенностью, астения, апатия.

Улучшение — к концу 1-й недели.

Обладает антипаркинсоническими свойствами.

Терапевтическая доза — 50-200 мг/сут.

Побочные действия:
1) ажитация, бессонница, акатизия;
2) тошнота, тахикардия;
3) гепато- и гемотоксические эффекты (гемолитическая анемия).

Буприон (велбутрин, амфебутамон)

Моноциклический фенилминокетон (сходен с амфетамином).

Блокирует реаптейк дофамина. При длительном применении оказывает стимулирующее норадренергическое действие.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, пик концентрации — через 2 ч при приеме per os. $T_{1/2}$ = 8-24 ч. 87% выводится почками, 10% — с желчью.

Обладает тимоаналептическим и стимулирующим действием, но уступает мелипрамину.

Показания:

1) эндогенная депрессия с заторможенностью, резистентная к препаратам другого действия;

2) депрессия с нарушениями влечений, ипохондрией, обсессивно-фобическими явлениями;

3) профилактика обострений;

4) гипердинамический синдром у детей;

5) синдром «хронической усталости»;

6) паркинсонизм;

7) токсикомания.

Улучшение — к концу 1-й недели. Средняя доза 300-450 мг/сут.

Хорошо переносится. Отсутствуют холинолитический, гипотензивный, кардиотоксический побочный эффекты. Не дает увеличения массы тела, половых дисфункций.

При передозировке — гиперстимуляция в виде бессонницы, тремора, головокружения, потливости, сухости во рту, акатизии, запоров, галактореи, обострения психоза, судорожного синдрома.

Противопоказания:

1) эпилепсия;

2) булимия или анорексия;

3) ингибиторы МАО и леводопа.

Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО)

Фармакологическое действие — угнетение дезаминирования моноаминов (центральных медиаторов), при этом усиливается выброс моноаминов ЦНС и в периферической нервной системе.

Длительность эффекта у разных препаратов неодинакова (необратимое угнетение дезаминирования, то есть моноаминоксидазы, или короткий обратимый эффект).

Первые — более токсичны, из-за чего было сокращено их применение в 70-е годы. Однако исследования последних лет показали, что при соблюдении диетических ограничений и нежелательных комбинаций с другими препаратами они высокоэффективны при:

1) резистентных к трициклическим АД типичных эндогенных депрессиях;

2) атипичных депрессиях;

3) панических реакциях;

4) невралгиях и фантомных болях;

5) депрессиях с обсессивно-фобической симптоматикой.

Появились препараты, избирательно воздействующие на ингибиторы МАО типа А — ответственны за ингибирование в центральных структурах мозга и за возникновение тираминовых и симпатомиметических прессорных реакций. Ингибиторы МАО типа Б (место действия — стенка кишки) препятствуют всасыванию большого количества биогенных аминов из пищевых продуктов.

Первые (типа А) — усиливают действие серотонина и дофамина, более эффективны при депрессиях. В настоящее время синтезировано большое количество короткодействующих (обратимых) ингибиторов МАО типа А, с минимальным количеством возможных осложнений.

Психотропное действие: преобладание стимулирующего над тимоаналептическим, то есть ингибиторы МАО — антидепрессанты-стимуляторы.

Однако при некоторых состояниях (фобическая тревога, агарофобия, паническая реакция) оказывают анксиолитический эффект.

Эффективны при послеродовых астенических депрессиях.

При типичных эндогенных депрессиях эффективность ниже, чем у трициклических АД, но могут применяться в случаях, резистентных к другим препаратам.

Ингибиторы МАО необратимого действия

У препаратов этой группы в спектре действия отчетливо преобладает стимулирующий эффект над тимоаналептическим, то есть это антидепрессанты-стимуляторы, переходные между тимоаналептиками и психостимуляторами. Их терапевтическая активность прямо коррелирует со степенью угнетения фермента МАО, поэтому они должны использоваться в достаточно больших дозах.

Вызывает выраженные побочные эффекты и тяжелые реакции взаимодействия с трициклическими АД и серотонинергическими АД.

Нуредал (ниаламид, ниамид, новазид)

Производное гидразина.

По стимулирующему эффекту сильнее мелипрамина, по тимоаналептическому эффекту близок к «малым» антидепрессантам.

Показания:

1) неглубокие депрессии с вялостью, заторможенностью, астенией;
2) апатоабулический синдром при шизофрении;
3) обсессивно-фобические расстройства;
4) панические реакции и дистимия;
5) булимия;
6) невралгия тройничного нерва.

Терапевтическая доза постепенно наращивается от 25 мг до 300-400 мг/сут. Улучшение на 2-3-й неделе (психостимулирующий эффект) еще без достаточного антидепрессивного, то есть возникает опасность обострения суицидных тенденций.

Может вводиться в/в капельно.

Побочные эффекты меньше, чем у других гидразинов:

1) сухость во рту, тошнота, запоры, задержка мочеиспускания;
2) колебания АД, тахикардия, головокружение, головная боль;
3) нарушения сна, тревога, мания — при передозировке.

Противопоказания:

1) нарушения функции печени и почек;
2) феохромоцитома;

3) сердечно-сосудистая недостаточность;

4) анемия;

5) судорожный синдром;

6) другие ингибиторы МАО;

7) карбамазепин, резерпин, раунатин;

8) потенцирует действие барбитуратов, анальгетиков, местных анестетиков, гипотензивных и симпатомиметических средств.

Ограничения в диете необходимы: шоколад, алкоголь, сыр, сливки, кофе, копчености, дрожжи, печень, пиво, вино и др.

Ирониазид (ипразид, марсилид)

Производное гидразина.

Самый мощный ингибитор МАО, имеющий наиболее выраженный стимулирующий и тимоаналептический эффекты.

Показания:

1) атипичные депрессии;

2) обсессивно-фобические расстройства;

3) дистимии;

4) резистентные к трициклическим АД депрессии с апатоадинамической симптоматикой.

Более токсичен, чем нуредал.

Дозы: с 25 мг до 150 мг/сут.

Фенелзин (нардил, нарделзин, стинерваль)

Производное гидразина.

Мощный необратимый ингибитор МАО.

Распространен в Великобритании и США.

Имеет те же эффекты, как предыдущие препараты этой группы.

Показания те же.

л/г

Мишень-синдромы:

1) атипичные депрессии с обсессивно-фобической симптоматикой;

2) ипохондроческая симптоматика;

3) булимия;

4) панические реакции;

5) агарофобия;

6) дистимия.

Дозы от 45-60 мг/сут до 90 мг/сут. Терапевтический эффект — к 4-6-й неделе.

Побочные явления, противопоказания и взаимодействие — как у всей группы.

Трансамин (транилципромин, парнат, ятросом, тилциприн, парстелин)

Производное циклопроииламина, сходен по структуре с амфетаминами.

Среди необратимых ингибиторов МАО является единственным негидразиновым препаратом. Один из самых сильных ингибиторов МАО. Полностью выводится из организма за сутки (поэтому меньше побочных эффектов). «Малый» антидепрессант с мощным стимулирующим эффектом.

Показания: неглубокие депрессии с заторможенностью, вялостью, те же, что у предыдущих препаратов.

Активация в течение 3-5 дней, антидепрессивный эффект через 2-3 недели.

Фармакокинетика: $T^1/_2$ = 1,5-3 ч, требует частого введения. Дозы наращивать с 5-10 мг/сут до 60—90—170 мг/сут. Комбинируется с трифтазином при шизофрении в отношении 10:1.

Побочные эффекты — при передозировке, обычные для этой группы.

Ингибиторы МАО обратимого действия

Эта группа препаратов короткого действия делится на две группы:

1) избирательная, блокирующая МАО типа А;
2) неизбирательная, блокирующая МАО типа А и типа Б.

Группа 2 — неизбирательные

Индопан (альфаметилтриптамин)

Отечественный препарат, который по фармакологическим действиям сходен с триптамином и фенамином.

Помимо кратковременного обратимого ингибирования МАО обладает стимулирующим действием на центральные и периферические адренореактивные системы. Поэтому его иногда относят к психостимуляторам.

Обладает меньшим стимулирующим эффектом, чем у других (типа нуредала), также тимоаналептическим эффектом.

Мишень-синдромы:

1) астенодепрессивный;
2) астеноипохондрический;
3) астеноанергический;
4) апатоабулический;
5) различные по генезу депрессии с заторможенностью.

Назначают в первой половине дня от 5-10 мг/сут до 60 мг/сут. Длительность — несколько месяцев.

Хорошо переносится. При передозировке — ажитация, гипомания, бессонница, обострение продуктивной симптоматики, гипертензивные явления и аллергические реакции.

Остальное — соблюдение правил назначения всех ингибиторов МАО.

Инказан (метралиндол)

Оригинальный отечественный препарат.

Тетрациклиновое производное карболина.

По эффекту связан с пиразидолом: тормозит обратный захват серотонина и норадреналина, обратимо недифференцированно блокирует МАО, не оказывает холинолитического действия.

Обладает тимоаналептическим и стимулирующим эффектом. Уступает пиразидолу, но обладает вегетостабилизирующим эффектом.

«Малый антидепрессант».

Показания:

1) астеническая анергическая депрессия в амбулаторных условиях;

2) астенодепрессивные состояния у больных алкоголизмом в ремиссии.

Сначала выявляется стимулирующий эффект.

Дозировка от 25-30 мг/сут до 400 мг/сут.

Хорошо переносится. Иногда вызывает диспептические явления, колебания АД, брадикардию.

Противопоказания:

1) острые заболевания печени, почек;

2) острая алкогольная абстиненция;

3) совместно с другими ингибиторами МАО.

Кароксазон (тимостенил, суродил)

Бициклическое производное бензоксалина.

«Малый антидепрессант» сбалансированного действия.

Показания:

1) циклотимия с астеновегетативной симптоматикой;

2) хронический нейролептический паркинсонизм;

3) затяжная нейролептическая депрессия.

$ТУ_2$ = 24 ч, дозировка 400-1200 мг/сут.

Хорошо переносится.

При передозировке — диспептические явления, колебания АД, нарушения сна.

Группа 1 — избирательные

Пиразидол

Блокирует обратный захват норадреналина и серотонина и обратимо блокирует МАО типа А. Не имеет холинолитического действия, но усиливает эффекты симпатомиметических аминов.

Обладает тимоаналептическим действием (слабее мелипрамина и амитриптилина), но является антидепрессантом сбалансированного действия, то есть при заторможенных депрессиях оказывает стимулирующий эффект, а при тревожных — седативный.

Показания:

1) депрессии различного генеза, в том числе алкогольная депрессия;

2) соматизированная депрессия, так как имеет выраженный вегетостабилизирующий эффект.

Хорошо сочетается с нейролептиками в лечении апатоабулического синдрома, комбинируется с транквилизаторами.

Дозировка: 50-100 мг/сут — 400-500 мг/сут.

Терапевтическое улучшение — к 7-14-му дню. Хорошо переносится, может использоваться у ослабленных больных, детей, пожилых.

Побочные эффекты: сухость во рту, тремор рук, тахикардия, головокружение.

Противопоказания:

1) острые заболевания печени, почек;

2) болезни крови;
3) другие ингибиторы МАО;
4) симпатомиметические амины (адреналин, мезатон);
5) острая алкогольная абстиненция.

Тетриндол

Новый оригинальный препарат.

Тетрациклический АД, близкий по всем параметрам к пиразидолу.

Не дает побочных эффектов МАО, не имеет холинолитических свойств. Превышает пиразидол по силе стимулирующего эффекта.

Показания:

1) нетяжелые депрессии с заторможенностью, апатоабулией, астенией;
2) дистимия;
3) циклотимия;
4) ипохондрические и обсессивно-фобические явления;
5) соматизированная депрессия;
6) астенодепрессивный синдром при алкоголизме.

Дозировка: 25-50 мг/сут — 400 мг/сут.

Стимулирующий эффект — к концу 1-й недели, тимоаналептический — на 2-4-й неделе. Хорошо переносится.

При передозировке — диспептические расстройства, бессонница, ажитация.

Противопоказания те же, что у пиразидола.

Моклобемид (ауророрикс, монерикс)

Моноциклический бензамид.

Селективный обратимый блокатор МАО, не имеет холинолитических, гипотензивных и кардиотоксических свойств.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, биодоступность до 85%. 50% связывается с белками крови. *V/* = 1-2 ч, безопасен.

«Малый антидепрессант».

Показания:

1) «атипичная» депрессия с обсессивно-фобической, ипохондрической симптоматикой;
2) соматизированная депрессия;
3) панические расстройства;
4) гиперактивный синдром у детей.

Дозировка до 300-600 мг/сут.

Побочные эффекты редки, противопоказания — как у всех АД.

Бефол

Оригинальный отечественный препарат.

Производное бензамида.

Обратимый блокатор МАО типа А с избирательным действием на дезаминирование серотонина, то есть серотонинергический АД.

Не обладает холинолитическими, антигистаминными свойствами.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, $T^{1}/_{2}$ = 3-5 ч. Пик концентрации через 1 ч после приема внутрь.

«Малый антидепрессант».

Показания:

1) соматогенные депрессии;
2) циклотимия;
3) адинамическая депрессия;
4) соматовегетативная депрессия;
5) анергическая депрессия.

Терапевтический эффект — на 5-6-й день. Дозировка — 100-500 мг/сут.

Редко и мало побочных эффектов, поэтому показан детям, пожилым.

При передозировке — диспептические расстройства, тремор, сердцебиение.

Брофаромин

Бициклическое производное пиперидина.

Селективный обратимый ингибитор МАО, блокатор обратного захвата серотонина.

Эффективность приближается к классическим ингибиторам МАО.

Показания:

1) эндогенная депрессия, резистентная к лечению трициклическими АД;
2) реакция паники;
3) фобии.

$T^1/_2$ = 11 ч. Терапевтическая доза — 75-250 мг/сут.

Хорошо переносится.

Побочные явления:

\) нарушения сна;
2) гипотензия;
3) усиливает действие симпатомиметиков.

Толоксатон (гуморил, юморил, перенум)

Моноциклическое производное оксазолидинона.

Близок по эффектам к моклобемиду.

Показания: неглубокая депрессия с заторможенностью.

Терапевтические дозы — 600-1000 мг/сут.

$T^1/_2$ = 0,5-2,5 ч, безопасен.

Назначается 4-6 раз в сутки.

При передозировке — диспептическая симптоматика, гиперстимуляция, обострение продуктивной симптоматики, инверсия фаз сна, гипотензия, гепатит.

Противопоказания:

1) болезни печени и почек;
2) применение необратимых МАО.

Антидепрессанты с недостаточно известным механизмом действия

Ритансерин

Бициклическое производное бензилгидриленпиперидина.

Оказывает центральное антисеротонинергическое действие.

Способствует высвобождению норадреналина, активирует дофаминергические нейроны.

Имеет тимоаналептический, анксиолитический и гипнотический эффекты, оказывает легкое стимулирующее действие.

Показания:

1) депрессии различного генеза с апатоадинамическими и аллергическими проявлениями;

2) экстрапирамидная нейролептическая симптоматика;

3) дефицитарная симптоматика при шизофрении.

По действию близок к эглонилу.

Средняя суточная доза 10 мг.

Побочные явления незначительные.

Тианептин (коаксил, стаблон)

Трициклический АД.

Облегчает обратный захват серотонина, не влияя на норадренергическую и дофаминергическую системы.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ.

94% связывается с белками плазмы крови.

$У_2$ = 2,5 ч (безопасен).

Выводится почками, но 8% — в неизмененном виде.

Оказывает тимоаналептический и анксиолитический эффекты без седации, то есть антидепрессант сбалансированного действия.

Слабее классической триады АД.

Показания:

1) тревожно-депрессивные состояния соматогенного генеза у пожилых;

2) при алкоголизме в периоде абстиненции, при аффективных нарушениях.

Дозировка: 25-50 мг/сут в 3-4 приема.

Хорошо переносится.

Побочные явления — как у всех трициклических АД.

Противопоказания:

1) сочетание с ингибиторами МАО;

2) дети до 15 лет;

3) беременность, кормление грудью.

Минаприн (кантор)

Моноциклический препарат.

Облегчает серотонинергическую передачу близко к мелипрамину, стимулирует дофаминергическую систему близко к амитриптилину.

Фармакокинетика: около 70% связывается с белками плазмы крови. $T'/_2$ = 1-2 ч, а метаболитов — 2-20 ч. Выводится в виде метаболитов почками и желчью.

Обладает стимулирующим, слабым тимоаналептическим и антиастеническим эффектами.

Показания:

1) астеноанергический синдром при неглубоких депрессиях;

2) соматизированная и маскированная депрессии;
3) сексуальные нарушения;
4) нарушения сна.
Дозы: 100-300 мг/сут.
Побочные явления незначительные (гиперстимуляция).
Противопоказания: пароксизмальные состояния.

Предшественники моноаминовых нейрогаедиаторов

Моноамины плохо проникают через гематоэнцефалический барьер, поэтому в качестве лекарственных средств используют те аминокислоты, которые являются их предшественниками.

Тирозин => Триптофан
Дофа => норадреналин, 5-окситриптофан
Дофамин => адреналин, серотонин

Введение триптофана увеличивает концентрацию серотонина в мозге (у животных); введение тирозина существенно не влияет на концентрацию дофамина и норадреналина.

Триптофан

Имеет многочисленные названия.

Его применение оказывает положительный эффект в лечении эндогенной депрессии, особенно при биполярном течении. Эффект выше при сочетании с никотиновой кислотой, витамином B_6, С. Эффективно сочетание триптофана с ингибиторами МАО, хотя при этом надо соблюдать осторожность. Побочные явления редки. При передозировке возможны головные боли, тошнота, сонливость, анорексия.

Терапевтическая доза 3-16 г/сут.

5-окситриптофан (левотин, претонин и др.)

Более эффективен, чем триптофан.

Препарат имеет отчетливый тимоаналептический эффект, особенно в комбинации с ингибиторами МАО, трициклическими АД.

Терапевтическая доза: 200-3000 мг/сут.

$T1/_2$ = 6 ч.

Побочные эффекты, противопоказания те же.

L-ДОФА (леводопа, биодопа, допал и др.)

Непосредственный предшественник дофамина и норадреналина.

В основном L-дофа идет на синтез дофамина.

Обладает тимоаналептический и стимулирующим действием. Значительно повышает психомоторную активность в течение первых 3-4 дней применения, антидепрессивное действие развивается через 2-3 недели.

Разработаны комбинированные препараты, в которые помимо L-дофа входит препарат, уменьшающий декарбоксилирование L-дофы. Эти препараты позволяют снизить дозу L-дофы.

Наиболее эффективно назначение комбинированного лекарственного средства (наком, мадопар) при лечении резистентных к трициклическим АД депрессий.

Побочные эффекты умеренные:
1) диспептические;
2) потливость, головная боль.

Противопоказания:
1) выраженный атеросклероз;
2) гипертоническая болезнь;
3) декомпенсация хронических заболеваний;
4) болезни крови;
5) глаукома;
6) повышенная чувствительность.

Осторожно — при бронхиальной астме, язвенной болезни желудка, инфаркте, психозе.

Нельзя совмещать с ингибиторами МАО, витамином B_6.

L-тирозин

Аминокислота, предшественник леводопа.

Эффективен при заторможенных депрессиях, при нарколепсии.

Фениланин

Предшественник тирозина.

Проявляет антидепрессивные свойства при униполярной эндогенной депрессии.

Дозы - 50-600 мг/сут.

Положительные результаты при лечении синдрома гинерактивности и дефицита внимания у детей.

Переходные антидепрессанты (препараты, имеющие свойства разных классов психотропных средств)

Между отдельными классами психотропных средств не существует очерченных границ, а есть некий континуум, на разных концах которого стоят препараты с диаметрально противоположными свойствами, но по ряду направлений свойства могут пересекаться. При расположении препаратов по силе одного эффекта, можно увидеть нарастание или уменьшение другого. Поэтому существуют препараты переходные — тимонейролептики и тимотранквилизаторы. Эти препараты не эффективны при классической ядерной депрессии. Их эффект выявляется при полиморфных, неоформленных структурно депрессиях различного генеза.

S-Аденозилметионии (САМ, гептрал, самир)

Является естественным метаболитом, коферментом переметилирования центральных ферментов, принимающих участие во внутриклеточных окислительных процессах.

Механизм антидепрессивного действия недостаточно ясен. Он усиливает биосинтез серотонина, имеет свойства ноотропов.

Фармакокинетика: обладает низкой биодоступностью, так как быстро разрушается в печени. С белками крови связывается менее 5%.

70% выводится почками. Т'/$_2$ = 1-2 ч.

Обладает тимоаналептическим, стимулирующим и гепатопротекторным свойствами.

Присоединение препарата к традиционным антидепрессантам ускоряет их эффект и повышает их переносимость больными.

Показания:

1) соматоформные и соматизированные депрессии;

2) хронический алкоголизм;

3) воспалительные заболевания печени.

Препарат апробирован при многих неврологических и соматических заболеваниях. Эффект развивается к концу 1-й недели.

Дозы - 1200-1600 мг/сут.

Применяют в/в и в/м.

В первые дни желательно назначать парентерально.

Не вызывает побочных явлений, хорошо переносится.

Противопоказаний не выявлено.

S-Метилметионин (Витамин U)

Близок к САМу.

Активированная форма метионина.

Повышает эффективность трициклических антидепрессантов. Эффективен при МДП.

Дозы - 200-600 мг/сут.

Применяется в гастроэнтерологической практике как гепатопротектор.

Хорошо переносится.

Побочные явления — диспептические расстройства.

«Тимотранквилизаторы»

Альпразолам (ксанакс, неурол, альзолам и др.)

Трициклическое производное бензодиазепина.

Обладает тимоаналептическим, анксиолитическим и седативным эффектом.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ. Пик концентрации через 1-2 ч после приема внутрь. 80% связывается с белками плазмы крови. Т'/$_2$ = 12-15 ч. Метаболизируется печенью и выводится почками.

Показания:

1) эндогенная тревожная депрессия с соматоформными, обсессивно-фобическими симптомами, гиперфагией;

г) панические расстройства.

Побочные явления редки.

При передозировке — дневная сонливость, вялость, замедление моторных реакций.

Возможно развитие привыкания к препарату.

Лекарственные взаимодействия и противопоказания такие же, как у бензодиазепинов.

Доза — 3-6 мг/сут.

Адиназолам (дерацин)

Трициклическое производное бензодиазепина, близок к альпразоламу, но имеет холиномиметические эффекты.

Обладает тимоаналептическим, мощным анксиолитическим и снотворным эффектами.

Показания — тревожная депрессия разного генеза.

Дозы — 20-90 мг/сут.

Побочные явления умеренные.

В больших дозах — сухость слизистых оболочек, нарушения аккомодации, тремор, слабость, сонливость.

Оксилидин (бензоклидин)

Оригинальный отечественный препарат.

Блокирует ретикулярную формацию мозга.

Обладает седативным, гипотензивным, адренолитическим и ганглиоблокирующим действием. Является тимоаналептиком с сильным анксиолитическим и снотворным действием.

Показания:

1) тревожно-депрессивный синдром при расстройствах мозгового кровообращения и органической неполноценности;

2) плохая переносимость других АД.

Дозы — 300-500 мг/сут.

Буспирон (буспар)

Преобладают анксиолитические свойства, то есть транквилизатор.

Мишень — синдром: недифференцированная тревога разного генеза.

Дозы — 20-30 мг/сут — 60 мг/сут.

Хорошо переносится.

Иногда — головокружение, тошнота, гастралгии, дисфории.

Нельзя сочетать с ингибиторами МАО (повышает АД).

Увеличивает уровень галоперидола в крови.

Комбинированные препараты

Амиксид

Состав: амитриптилин 25 мг, хлордиазепоксид 10 мг.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ. $T'/_2$ = 20 ч (амитриптилин) и 10 ч (транквилизатор).

Метаболизируется в печени. 94% связывается с белками плазмы крови.

Показания: тревожная депрессия различного генеза.

Суточная доза — 1-6 таблеток.

Побочные эффекты и противопоказания — как у трициклических АД.

Нейролептики

Нейролептики занимают центральное место в клинической психофармакологии как основное средство активной терапии. Открытие нейролептиков

и их эффектов при психических расстройствах произошло в 1946-1954 гг., когда были синтезированы аминазин и резерпин.

Было установлено, что существуют химические соединения различной структуры, но имеющие сходное терапевтическое действие и вызывающие одинаковые побочные эффекты.

Выяснили, что средства, получившие название «психотропных», имеют определенные эффекты, оказываемые ими на здоровых людей.

Нейролептики («антипсихотические средства», «большие транквилизаторы», «нейролептические средства») — это лекарственные средства, оказывающие тормозящее влияние на функции центральной нервной системы, не вызывая при этом нарушения сознания, интеллектуальных расстройств и способные устранять симптомы психозов.

Существуют различные принципы классификаций нейролептиков.

Группировка препаратов по структурному родству, предопределяющему сходство фармакологического действия

Производные фенотиазина:

— алифатические производные фенотиазина аминазин, тизерцин, пропазин, дипразин;

— пиперидиновые производные фенотиазина сонапакс, неулептин, мепазин, пипортил;

— пиперазиновые производные фенотиазина трифтазин, метеразин, этаперазин, лиоген, френолон, мажептил.

Производные тиоксантена (тиоксантены): хлорпротиксен, сординол, тиотиксен, клопиксол, флюанксол.

Производные бутирофенона (бутирофеноны): галоперидол, триседил, метилперидол, бензперидол, дроперидол.

Производные индола: карбидин.

Производные бензодиазепина: лепонекс, зипрекса.

Производные бензамида: барнетил, просульпин, эглонил, тиапридал.

Оригинальные нейролептики: зотепин, рисполепт.

Пролонгированные препараты: пимозид, пенфлюридол, флушпирилен, модитен-депо.

Алколоиды раувольфии.

Психические эффекты психотропных препаратов представлены в табл. 25.

По нарастанию силы общего антипсихотического воздействия нейролептики схематически можно выстроить в следующую последовательность (для детского и подросткового возраста): неулептил, пропазин, тизерцин, сонопакс, хлорпротиксен, аминазин, френолон, эглонил, этаперизин, метеразин, трифтазин, лепонекс, галоперидол, триседил, пипортил, мажептил.

По нарастанию выраженности успокаивающего, седативного эффекта при беспокойстве и возбуждении препараты образуют следующий ряд: сонопакс, хлорпротиксен, неулептил, пропазин, лепонекс, аминазин, тизерцин.

Таблица 25

Психические эффекты психотропных препаратов

Эффект	Характеристика действия
Анксиолитический	Уменьшающий тревожность и страх
Антиагрессивный	Уменьшающий злобность, агрессивность
Антиаутистический	Уменьшающий замкнутость (аутизм)
Антидепрессивный	Ослабляющий депрессию
Антидисфорический	Ослабляющий дисфорические расстройства
Антипсихотический	Ликвидирующий галлюцинации и бред
Седативный	Вызывающий торможение психической деятельности и моторики
Сомнолентный	Вызывающий сонливость и сон
Стимулирующий	Активизирующий психическую деятельность и моторику
Тимоаналептический	Повышающий настроение и уменьшающий заторможенность моторики
Транквилизирующий	Успокаивающий, ослабляющий страх, снимающий отрицательные эмоции
Эйтимизирующий	Снимающий понижение настроения
Эйфоризирующий	Вызывающий улучшение самочувствия и повышение настроения
Энергизирующий (психоэнергизирующий)	Повышающий психический тонус
Тимолептический	Выравнивающий настроение

По нарастанию противотревожного действия: сонапакс, хлорпротиксен, эглонил (седуксен, феназепам — из группы «малых» транквилизаторов), лепонекс.

По нарастанию активирующего, психостимулирующего эффекта: сонапакс, карбидин, этаперазин, френолон, трифтазин, эглонил, метеразин, галоперидол, триседил, пипортил, мажептил.

Механизм действия нейролептиков

Психические расстройства возникают в результате нарушения нейромедиаторных процессов в ЦНС. В качестве медиаторов передачи нервных импульсов в синапсах выступают серотонин, норадреналин, ацетилхолин, дофамин и т. д.

Психотропные средства оказывают воздействие в тех же структурах мозга, что и медиаторы, способствуя их накоплению или разрушению. Механизмы действия нейролептиков многоплановы и разносторонни и не до конца выяснены. В их комплексном воздействии на нейромедиаторные системы мозга важное место занимают:

1) блокирующее действие на 0_2-рецепторы, а таким образом — на синтез и высвобождение дофамина, с чем связаны антипсихотическое действие и экстрапирамидные расстройства;

2) нейролептикам свойственно адренолитическое и связанное с этим гипотензивное действие;

3) холинолитические эффекты;

4) антигистаминное действие.

У разных нейролептиков в зависимости от их химической структуры наличие и соотношение этих эффектов выражены в различной степени.

Побочные действия нейролептиков

Очень тесно связаны с терапевтическими эффектами и выражены по-разному в зависимости от химической структуры препарата. Здесь мы рассматриваем эффекты группы антипсихотических средств в целом, индивидуальные особенности препарата рассматриваются ниже.

Соматические побочные действия

1. Нейролептики, как указано выше, блокируют дофаминергические рецепторы в мезолимбическои системе, экстрапирамидной системе, гипоталамусе, вызывая экстрапирамидные и нейроэндокринные изменения (гинекомастию, галакторею, аменорею, увеличение массы тела).

2. В связи с наличием холинолитического эффекта нейролептики вызывают нарушения аккомодации, сухость во рту, запоры.

3. За счет наличия адренолитического действия, при употреблении нейролептиков возможна гипотензия.

4. Агранулоцитоз является следствием прямого токсического действия на костный мозг, встречается в ранней фазе лечения и сопровождается лихорадкой.

5. Токсическая кардиомиопатия проявляется в поздней стадии лечения.

6. При нарушении кровообращения предпочтительнее назначение бутирофенонов (галоперидол), так как адренолитические эффекты больше выражены у алифатических фенотиазинов и производных пиперидина.

7. Фенотиазины могут угнетать дыхание — у больных с хроническими обструктивными заболеваниями органов дыхания безопаснее использование бутирофенонов и оригинальных препаратов.

8. Нейролептики могут нарушать терморегуляцию (галоперидол у детей при передозировке вызывает гипотермию), повышается масса тела (усиление аппетита и снижение двигательной активности), гинекомастия, аменорея. Аминазин снижает секрецию гормона роста.

9. При длительном употреблении нейролептиков в крови возможен агранулоцитоз.

10. Возможно поражение клеток печени (алифатические фенотиазиды и тиоксантены).

11. Снижение моторики и секреции ЖКТ (запоры, адинамические непроходимости).

12. Затруднение мочеиспускания, задержка мочи, недержание мочи — побочный эффект нейролептиков, особенно у детей.

13. Кожные реакции на прием нейролептиков: эксфолиативный дерматит, многоформная эритема, фоточувствительность — на фенотиазины, пиодермия — на лепонекс, токсикодермия — на галоперидол.

14. Обострение или ухудшение узкоугольной глаукомы — серьезное осложнение при назначении нейролептиков; наличие этого заболевания у пациентов или в семейном анамнезе — противопоказания для назначения нейролептиков.

15. Длительное применение фенобарбитала индуцирует печеночные ферменты, что приводит к снижению уровня нейролептиков в крови.

Неврологические побочные действия

Встречаются чаще соматических и психических.

Препараты, вызывающие побочные неврологические симптомы, встречающиеся у детей и подростков, можно классифицировать следующим образом.

1-я группа — препараты, вызывающие резко или умеренно выраженные полиморфные неврологические побочные действия почти у всех больных — мажептил, пипортил, триседил, галоперидол, трифтазин, метеразин.

2;я группа — препараты, вызывающие разнообразные, умеренно выраженные неврологические побочные реакции у 50% пациентов: эглонил (внутримышечное введение), неулептил, этаперазин.

3-я группа — препараты, вызывающие побочные неврологические действия редко (аминазин, тизерцин, френолон, хлорпротиксен, сонапакс, карбидин, пропазин) или не вызывающие побочных неврологических проявлений: лепонекс, эглонил.

Неврологические побочные действия сводятся к 4 синдромам:

\) ранние дискинезии;

2) паркинсонизм;

3) акатизия;

4) поздние дискинезии.

Паркинсонизм и поздние дискинезии характерны для более старшего возраста.

На протяжении 1-2 недель с момента назначения нейролептика могут проявляться непроизвольные, периодически повторяющиеся кратковременные сокращения мышц лица, насильственные глотательные движения, перемещения языка в полости рта, синдром кривошеи (голова непроизвольно поворачивается в сторону или приводится к плечу).

Нередко наблюдаются гиперкинезы в форме тремора, атетоидных движений, баллизма (размашистые движения руками), окулогирные кризы — насильственное стойкое уклонение взора (чаще вверх). Иногда вначале появляются боли (как результат мышечной гипертонии), «стягивания» или преобладает скованность, замедленность движений, скудость мимики, изменения осанки и походки.

Помимо ранних дискинезии, типичным побочным эффектом нейролептиков является акатизия — неусидчивость, стремление постоянно менять положение тела, таксикинезия (непреодолимая потребность в движении), акай-

Таблица 26

Классификация нейролептиков по П. Деникеру

Седативный эффект	1. Нейролептики седативного действия	Левомепромазин Хлорпромазин	Алифатические фенотиазины	Вегетативные эффекты
		Резерпин	Производные резерпина	
	2. Нейролептики со средним действием	Неулептил Сонапакс	Пиперединовые фенотиазины	
Растормаживающий эффект	3. Поливалентные нейролептики	Пипортил		Гиперкинетические эффекты
		Галоперидол	Бутирофеноны	
		Мажептил	Пиперазиновые Фенотиазины	
	4. Растормаживающие нейролептики	Метеразин Этаперазин		
		Триседил	Бутирофеноны	
		Эглонил	Бензамиды	

рия (назойливость), которые часто усиливаются к вечеру, нарушают ночной сон, камуфлируя истинную клиническую картину.

Феномен акатизии состоит из 2 компонентов: объективного состояния моторного беспокойства и субъективного стремления к движению. Беспокойство не имеет определенной локализации и может быть подавлено на несколько мгновений волевым усилием.

Отличительной чертой акатизии, хоть и реже выявляемой клинически, и тем труднее, чем меньше возраст, является ее субъективный компонент, то есть внутреннее состояние беспокойства, чувства дискомфорта, напряжения, неприятные ощущения («тянет вверх», «скручивает»), которые могут сопровождаться дисфорией, тревогой.

В ряде исследований указывается, что нейролептическая акатизия приводит к общему ухудшению клинического состояния больных, например, шизофрении. Единственным надежным и радикальным средством лечения акатизии является снижение дозы нейролептика или его полная отмена.

Приводим еще одну классификацию нейролептиков, в которой учитываются терапевтические и побочные эффекты этих лекарств (табл. 26).

Барнетил (сультоприд, топрал)

Нейролептик бензамидного ряда.

Обладает антипсихотическим и седативным действием.

Не имеет антидепрессивного действия.

Фармакокинетика: не куму лиру ется в тканях, распределяется равномерно в течение 2 ч. Свободно проникает через ГЭБ и плацентарный барьер.

Незначительно метаболизируется, до 90% выводится с мочой, 10% — с калом. Т'/$_2$= 3~5 ч. Равновесная концентрация с первого дня лечения. При приеме внутрь достигается максимальная концентрация через 2 ч, при в/м введении — через 25 мин.

Показания:

1) состояния возбуждения и агрессивности, острое маниакальное состояние, хронический алкоголизм;

2) острые и хронические психозы с тревогой, манией, бредом, галлюцинациями.

Для купирования возбуждения — 0,4-0,8 г/сут в/м.

Форма выпуска: табл. 400 мг, амп. 100 мг.

Побочные действия:

1) заторможенность, сонливость, ранние дискинезии шейной и плечевой мускулатуры;

2) поздние дискинезии;

3) злокачественный нейролептический синдром (гипертермия, бледность, вегетативные расстройства);

4) ортостатическая гипотония, брадикардия, аритмия;

5) аменорея, гинекомастия, ожирение, импотенция, фригидность.

Противопоказания:

1) брадикардия;

2) феохромоцитома;

3) гипокалиемия;

4) лактация;

5) прием ряда сердечных препаратов, трициклических АД;

6) повышенная чувствительность;

7) эпилепсия;

8) паркинсонизм;

9) тяжелые сердечные заболевания;

10) беременность.

Взаимодействие: взаимное ослабление с сердечными гликозидами, трициклическими АД, леводопой; усиливает действие гипотензивных, анальгетиков, антигистаминных препаратов, барбитуратов, транквилизаторов, алкоголя.

Сероквель (кветиапин)

Фумарат кветиапина. Проявляет высокое сродство к серотониновым рецепторам по сравнению с допаминовыми. Имеет высокое сродство к гистаминовым и некоторым адренорецепторам. Не обладает сродством к м-холинорецепторам и бензодиазепиновым рецепторам.

В клинических исследованиях показал эффективность в лечении позитивных и негативных симптомов шизофрении. Эффективен при приеме 2 раза в сутки.

Фармакокинетика: хорошо всасывается в ЖКТ. Прием пищи не оказывает действия на биодоступность. На 83% связывается с белками плазмы крови. $V/_2$ приблизительно составляет 7 ч. Около 73% метаболитов выводится почками, а 21% — кишечником.

Показания: острые и хронические психозы.

Форма выпуска: табл. по 25, 100 и 200 мг. Суточная доза у взрослых от 150 до 450-750 мг.

Безопасность и эффективность у детей и подростков не исследовалась. Побочные эффекты аналогичны всей группе, но не часты.

Просульыган

Нейролептик из группы бензамидов.

Блокирует допаминовые рецепторы, вызывая антипсихотический эффект. Имеет антидепрессивное, противорвотное и умеренное растормаживающее действие. В средних дозах не вызывает экстрапирамидных расстройств.

Фармакокинетика: концентрация в плазме пропорционально дозе.

$T^{1}/_{2}$ = 7-9 ч.

Максимальная концентрация при приеме внутрь — через 4,5 ч.

Выделяется с почками в неизменном виде и с молоком.

Мишень-синдром: астенодепрессивный.

Показания:

1; депрессии различной этиологии;

2) депрессии при хроническом алкоголизме;

3) психозы с астенодепрессивный синдромом с навязчивостями;

4) нарушения поведения;

5) мигрень;

6) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Дозы 200-600 мг — до 2 г/сут.

Форма выпуска табл. 200 мг.

Побочные явления:

1) возбуждение, головокружение, расстройства сна;

2) артериальная гипотензия;

3) диспептические явления;

4) нарушения цикла, аменорея.

Противопоказания:

1) феохромоцитома;

2) гипертензия;

3) беременность;

4) эпилепсия.

Взаимодействие с другими лекарствами:

с гипотензивными средствами — усиливает; усиливает депрессивный эффект опийных препаратов, анальгетиков, барбитуратов, анксиолитиков.

Эглонил (сульпирид, бетамак)

Нейролептик бензамидного ряда.

До 600 мг/сут — растормаживающий и антидепрессивный эффекты, свыше 600 мг/сут — антипсихотический эффект

Фармакокинетика: при приеме внутрь максимальная концентрация — через 4-5 ч, при в/м введении — через 25 мин. Концентрация в крови пропорциональна дозе. Связывается с белками крови не более 40%. Быстро проникает во все органы и ткани, медленнее в мозг (накапливается в гипофизе). Выводится почками в неизмененном виде, с молоком.

$T^{1}/_{2}$ = 7 ч.

Выпускается в табл. по 200 мг.

Показания:

1) деперсонализационный синдром, сенесто-ипохондрический синдром;

2) астенодепрессивный синдром психотического генеза;

3) психосоматические расстройства;

4) острые и хронические психозы с бредовым синдромом, спутанностью сознания (в дозе свыше 600 мг/сут);

5) психозы с заторможенностью (до 600 мг/сут);

6) неврозы с астенодепрессивным синдромом;

7) дефицитарная симптоматика (малые дозы).

Побочные явления:

1) со стороны ЦНС — редко ранние дискинезии, поздние дискинезии, сонливость;

2) ортостатическая гипотензия;

3) транзиторная гипертермия;

4) гинекомастия, аменорея, импотенция, ожирение.

Противопоказания: феохромоцитома, повышенная чувствительность.

Осторожно — у беременных, при почечной недостаточности, эпилепсии.

Лекарственное взаимодействие: эффект ослабляется леводопой, усиливает гипотензивные, алкоголь, седативные, анальгетики, снотворные, опийные, транквилизаторы.

Тиапридал (тиаприд)

Нейролептик бензамидного ряда.

Избирательно блокирует допаминовые B_2-рецепторы.

Обладает антипсихотическим, анксиолитическим и анальгезирующим действием.

Фармакокинетика: в течение 1 ч распределяется в организме. Проникает через ГЭБ и плацентарный барьер, не связывается с белками крови. Биодоступность 75%. При в/м введении пик концентрации -- через 30 мин, внутрь — через 1 ч.

Незначительно метаболизируется в печени. 70% выводится с мочой в неизменном виде. $T_{1/2}$ = 29-36 ч.

Показания:

1) алкогольная абстиненция;

2) возбуждение и агрессия при хроническом алкоголизме;

3) делирий;

4) коррекция мышления и поведения у пожилых;

5) дискинезии.

Дозы взрослых до 300 мг/сут, у детей 100-200 мг/сут.

При необходимости — до 1,8 г/сут.

Выпускается в табл. по 100 мг.

Побочные явления:

1) злокачественный нейролептический синдром;

2) ранние дискинезии;

3) экстрапирамидная симптоматика;
4) поздние дискинезии;
5) ортостатическая гипотензия;
6) аменорея, ожирение, импотенция;
7) гипертермия.

Противопоказания:
1) прием леводопы и этанола;
2) феохромоцитома.

Осторожно при эпилепсии, почечной и сердечно-сосудистой недостаточности, болезни Паркинсона.

Лекарственное взаимодействие: является антагонистом леводопы, усиливает гипотензию, анальгетики, снотворные, транквилизаторы, алкоголь, опийные, антигистаминные.

Лепонекс (клозапин, азалептин)

Трициклическое производное дибензодиазепина.

Блокирует допаминовые рецепторы в ЦНС, оказывает периферическое и центральное холиноблокирующее действие.

Имеет антипсихотический, седативный, антигистаминный и антисеротониновый эффекты. Не вызывает экстрапирамидных расстройств и общего угнетения.

Фармакокинетика: всасывается при приеме внутрь до 90-95% независимо от приема пищи. Биодоступность — 50-60%. Максимальная концентрация при приеме внутрь — через 2 ч. С белками крови связывается 95%. Полностью метаболизируется в печени. $T_{1/2}$ = 6-26 *ч* (в среднем 12 ч), поэтому назначается 2 раза в сутки. Выделяется 50% с мочой и 30% с калом в виде метаболитов.

Показания:

1) при шизофрении — мишень-синдромы: галлюцинации, бред, тревога, агрессивность, то есть аффективно-бредовой, аффективно-кататонический, гебефрнно-кататонический, полиморфный синдромы; действие — обрывающее;

2) нарушения поведения у детей и подростов с агрессивностью, психомоторной возбудимостью при олигофрении, психопатии, психопатоподобном синдроме.

Дозы с 25 мг до 400-600 мг с постепнным увеличением и последующим снижением.

Форма выпуска: табл. по 25 мг.

Побочные явления: риск возникновения при суточной дозе более 450 мг.
1) агранулоцитоз (в первые 18 нед), эозинофилия;
2) сонливость, усталость, головокружение, редко — акатизия, тремор;
3) сухость во рту, гипертермия, повышенное слюноотделение;
4) тахикардия, гипотония (ортостатическая), аритмия;
5) тошнота, рвота, запоры, задержка мочеиспускания;
6) ожирение, кожные реакции;
7) судорожный синдром.

Противопоказания:

1) агранулоцитоз;
2) алкогольный и токсический психоз;
3) коматозные состояния;
4) тяжелые заболевания печени, почек, сердца;
5) судорожный синдром.

Назначается в тех случаях, когда нет эффекта от лечения классическими нейролептиками (из-за опасности агранулоза).

Обязателен клинический анализ крови.

Нельзя назначать с препаратами, которые тоже вызывают гранулоцитопению, в частности с нейролептиками-депо.

Контроль крови 1-2 раза в месяц.

Относительные противопоказания:

1) аденома простаты;
2) глаукома;
3) заболевания печени, почек, сердца;
4) лактация.

Лекарственные взаимодействия: потенцирует этанол, ингибиторы МАО, наркотические анальгетики, антигистаминные средства, производные бензадиазепина (гипотензия, остановка дыхания, коллапс), гипотензивные средства, подавляющие дыхание.

Зипрекса (оланзапин)

Препарат бензодиазепинового ряда.

Блокирует серотониновые, допаминовые и альфа-адренорецепторы, Н^гистаминовые адренорецепторы. Оказывает антипсихотическое, анксиолитическое, седативное действие.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, пик концентрации при приеме внутрь через 5-8 ч. TV_2 $У^{ли}$Ц Д° 65 лет — 29-30 ч, старше 65 лет — 49-55 ч.

Метаболизируется в печени. Выводится почками.

Показания:

мишень-синдромы: аффективно-бредовой, галлюцинаторно-бредовой при шизофрении (враждебность, подозрительность, эмоциональный и социальный аутизм).

Дозировка индивидуальная, начиная с 10 мг/сут и постепенно увеличивая.

Форма выпуска: табл. по 5 мг, 10 мг.

Побочные явления:

1) редко — экстрапирамидные расстройства, акатизия;
2) редко — поздние акатизии;
3) редко — повышение аппетита, запоры, тошнота;
4) редко — ортостатическая гипотензия, периферические отеки;
5) часто — увеличение массы тела, увеличение уровня пролактина в плазме;

6) редко — гинекомастия, галакторея.

Противопоказания:

1) повышенная чувствительность;
2) аденома простаты;
3) судорожный синдром;
4) глаукома;
5) поражения печени, почек;
6) беременность, лактация.

Лекарственные взаимодействия: усиливает действие этанола и других нейротропных препаратов, ослабляет эффект леводопы. Активированный уголь уменьшает абсорбцию зипрекса из ЖКТ.

Карбидин (дикарбин)

Производное индола.

Обладает антипсихотическим, антидепрессивным и адренолитическим действием.

Психотропный эффект — быстро возникающий стимулирующий и медленно развивающийся антипсихотический.

Фармакокинетика не исследована.

Мишень-синдром: депрессивно-параноидный при шизофрении, алкогольный психоз.

Назначается после еды от 12,5 мг, постепенно до 75-150 мг/сут —• 400-600 мг/сут. У подростков максимальная суточная доза 75-100 мг в 3 приема.

Форма выпуска: табл. по 25 мг.

Побочные явления: скованность, тремор рук, гиперкинезы.

Противопоказания:

1) выраженные нарушения функции печени;
2) отравление опиоидными анальгетиками.

Лекарственные взаимодействия: усиливает действие опиоидных анальгетиков, анестетиков.

Рисполепт(рисперидон)

Производное бензизоксазола.

Антагонист серотонинергических, D-дофаминергических, альфа-адренергических рецепторов, не оказывает действия на холинергические рецепторы.

Имеет антипсихотический эффект (бред, галлюцинации, автоматизмы), анксиолитический (уменьшает страх, агрессивность).

Фармакокинетика: всасывается полностью в ЖКТ. Пик концентрации — через 1-2 ч. Связывание с белками плазмы 88%, частично метаболизируется с образованием активного метаболита. Устойчивый уровень — в течение 1 дня, метаболита — 4-5 дней. Через неделю выводится 70% с мочой, 14% — с калом. $T_{1/2}$ = 3 ч, активного метаболита — 24 ч.

Показания: продуктивная симптоматика и негативная симптоматика при шизофрении и других психозах.

Дозировка — 2-16 мг/сут в 1-2 приема.

Форма выпуска: табл. по 1 мг, 2 мг, 3 мг, 4 мг.

Побочные действия:

1) часто — бессонница, тревожность, сонливость, экстрапирамидные расстройства; иногда — тремор, нейролептический синдром, поздние дискинезии, нарушения терморегуляции, эпиприпадки, нарушения зрения;

2) кишечные дискинезии;

3) ортостатическая гипотония, тахикардия, артериальная гипертензия;

4) приапизм, нарушения эякуляции;

5) галакторея, гинекомастия, ожирение;

6) нейтропения, тромбоцитопения.

Противопоказания: повышенная чувствительность.

Относительные противопоказания: эпилепсия, обезвоживание, сердечно-сосудистая патология, болезнь Паркинсона, другие нейролептики, беременность, лактация.

Лекарственные взаимодействия: уменьшает эффект леводопы. Фенотиазины и трициклические АД повышают его концентрацию в крови.

Клопиксол

Производное тиоксантена.

Имеет антипсихотическое, тормозящее (анксиолитическое) и седативное действие (предшествует антипсихотическому, но быстро проходит).

Фармакокинетика: пик концентрации при приеме внутрь наступает через 4 ч, биодоступность — 44%, депо — к концу 1-й недели. $T^{1}/_{2} =$ 20 ч. Незначительно проникает через плацентарный барьер. Метаболиты (неактивные) выделяются в основном с калом и частично — с мочой.

Показания: галлюцинаторно-параноидный синдром, нарушения мышления при шизофрении; ажитация, враждебность, агрессивность; маниакальная фаза при МДП; умственная отсталость с расстройствами поведения, возбуждением, ажитацией.

Дозировка индивидуальная: от 5 мг/сут до 50 мг/сут per os (острые психозы), в/м 50-150 мг 1 раз в 2-3 дня. Депо — 250-750 мг 1 раз в 1-4-ю неделю.

Форма выпуска: табл. по 2 мг, 10 мг, 25 мг, клопиксол-депо 200 мг/мл.

Побочные действия:

1) сонливость, головокружение, вначале — экстрапирамидная симптоматика;

2) редко — поздние дискинезии при больших дозах;

3) тахикардия, ортостатическая гипотермия;

4) сухость во рту, запор, задержка мочи.

Противопоказания:

1) острая интоксикация алкоголем, барбитуратами, опиоидами;

2) кома;

3) беременность, лактация.

Относительные противопоказания:

1) судорожный синдром;

2) болезни печени, почек, сердца.

Лекарственное взаимодействие: усиливает действие этанола, барбитуратов. Снижает эффект леводопы и адренергических средств.

Флуанксол (флупентиксол)

Производное тиоксантена.

Обладает антипсихотическим, активирующим, антидепрессивным, анксиолитическим действием.

В дозе до 3 мг/сут — активирующее, антидепрессивное, анксиолитическое действие; более 3 мг/сут — антипсихотическое действие увеличивается с увеличением дозы.

Эффект развивается на первой неделе, быстро прекращается при отмене.

Фармакокинетика: пик концентрации при приеме внутрь наступает через 3-6 ч. Биодоступность равняется 40%. $T'/_2$ ~ 35 ч. При использовании пролонгированного препарата максимальная концентрация — к концу первой недели, $T'/_2$ ~~ $^{т}Р^{и}$ недели. Незначительно проникает через плацентарный барьер. Метаболиты неактивны. Выводится с калом, меньше с мочой.

Показания: тревожно-бредовой и депрессивно-бредовой синдромы, аутизм, нарушение мышления, психосоматические расстройства с астено-депрессивными переживаниями, тревога, связанная со стрессом, тревожная депрессия с апатией.

Дозировка: суточная доза постепенно увеличивается с 1 мг до 30 мг в сутки (психоз) в 3 приема.

Побочные явления: в больших дозах — экстрапирамидные расстройства, бессонница, нарушения аккомодации; редко — поздние дискинезии.

Противопоказания:

1) острая интоксикация алкоголем, барбитуратами, опиатами;
2) комы;
3) возбуждение, гиперактивность;
4) беременность, лактация.

Относительные противопоказания:

1) судорожный синдром;
2) болезни печени, почек, сердца;
3) повышенная чувствительность.

Лекарственное взаимодействие: усиливает алкоголь, барбитураты, угнетает ЦНС, блокирует гипотензивные средства, снижает эффект леводопы.

Хлорпротиксен (тиоксантен, труксал)

Производное тиоксантена.

Обладает антипсихотическим, антидеперссивным, анксиолитическим, седативным, холино- и адреноблокирующим действием.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ. Действие наступает через 20 мин после приема. $T^1/_2$ = 8-12 ч. Выделяется в виде метаболитов с мочой и калом.

Показания: психомоторное возбуждение (близок к тизерцину), тревожно-боязливое возбуждение, тревожно-депрессивный синдром, алкогольный

делирий, черепно-мозговая травма, расстройства поведения у детей, зуд (неврогенный).

Дозировки: от 15-30 мг на ночь (пограничные состояния) до 10-600 мг на ночь (психоз). При зуде — 15-100 мг в сутки в 4 приема.

Форма выпуска: табл. по 15 и 50 мг.

Побочные явления:

1) психомоторное торможение;
2) экстрапирамидные расстройства;
3) ортостатическая гипотензия, утомляемость, головокружение;
4) сухость во рту, запоры, расстройства мочеиспускания, тахикардия, усиление потоотделения, нарушение аккомодации;
5) помутнение хрусталика;
6) желтуха;
7) агранулоцитоз, анемия;
8) аменорея, гинекомастия, ожирение;
9) фотодерматит;
10) привыкание.

Противопоказания: отравление алкоголем, барбитуратами, угнетение ЦНС, повышенная чувствительность.

Относительные противопоказания: эпилепсия, паркинсонизм; болезни сердца, печени, почек и кроветворной системы; атеросклероз, кахексия.

Лекарственное взаимодействие: усиливает действие этанола, анестетиков, опиатов, седативных средств, барбитуратов, нейролептиков. Атропин и его содержащие усиливают антихолинергическое действие. Усиливает действие гипотензивных средств.

Зотепин

Трициклическое производное тиепина.

Имеет антипсихотическое, антиманиакальное и антидефицитарный эффекты.

Не вызывает экстрапирамидных расстройств.

Эффективен при продуктивной симптоматике в дозах 270 мг/сут, при дефицитарной, кататонической симптоматике — 170 мг/сут.

Данных об употреблении у детей нет.

Ларгактил (аминазин, хлорпромазин)

Производное фенотиазина.

Оказывает общее антипсихотическое действие, купируя психомоторное возбуждение, имеет седативный и противорвотный эффект, антихолинергическое и симпатиколитическое влияние.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, связывается с белками крови 98%. Биодоступность при внутримышечном введении 50%. Проникает через ГЭБ (в ЦНС концентрация больше, чем в плазме крови) и через плацентарный барьер. $T_{1/2}$ = 15~30 ч, до 100 ч. Интенсивно метаболизируется в печени с образованием более 160 метаболитов. В сутки выводится не более 20% принятой дозы, следы обнаруживаются через 12 мес после отмены. Се-

дативный эффект — через 15 мин после внутримышечного введения, через 2 ч при приеме per os.

Фармакодинамика:

1) купирует психомоторное возбуждение, галлюцинации и бред;

2) противорвотное;

3) снижает температуру тела, тонус скелетных мышц и артериальное давление;

4) антигистаминное;

5) противоабстинентное;

6) потенцирует барбитураты;

7) депрессогенное.

Дозы: 25-150 мг/сут.

Форма выпуска: драже по 25 мг, 50 мг, 100 мг; 2,5% раствор в ампулах по 1 мл.

Побочные эффекты:

1) седация, ранние дискинезии, экстрапирамидный синдром, поздние дискинезии;

2) ортостатическая гипотензия;

3) сухость во рту, запоры, задержка мочеиспускания;

4) импотенция, аменорея, ожирение;

5) дерматит, лейкопения, желтуха.

Противопоказания:

1) глаукома;

2) аденома простаты;

3) повышенная чувствительность;

4) болезни печени, почек, сердца;

5; паркинсонизм;

6) эпилепсия;

7) сахарный диабет.

Лекарственное взаимодействие: усиливает действие опиатов, противокашлевых, морфина, антигистаминных, барбитуратов, транквилизаторов, этанола.

Леводопа подавляет действие аминазина.

Усиливает действие гипотензивных средств.

Усиление побочных холинолитических свойств с антидепрессантами, атропином, антипаркинсоническими средствами.

Тизерцин (левомепромазин)

Нейролептик фенотиазинового ряда.

Фармакокинетика: максимальная концентрация при приеме внутрь через 1-3 ч, в/м — через 30-90 мин. $T^{f}/_{2} =$ 15-78 ч. Выводится с мочой и калом.

Имеет антипсихотическое, седативное и незначительное антидепрессивное действие.

Купирует психомоторное возбуждение.

Обладает противорвотным, антигистаминным, анальгезирующим и сильным гипотензивным действием.

Показания:

1) психомоторное возбуждение различной этиологии (мания при МДП, галлюцинаторный и параноидный синдромы, делирий, психомоторное возбуждение при органическом поражении ЦНС, психопатоподобном синдроме);

2) дисфории.

Дозировка: дошкольникам — 25 мг/сут, школьникам и подросткам — до 200 мг/сут. При в/м введении после инъекции 30 мин — постельный режим (ортостатический коллапс).

Форма выпуска: табл. по 25 мг, ампулы 2,5% раствора по 1 мл.

Побочные явления:

1) экстрапирамидные расстройства (акинетико-гипотонический синдром), сонливость;

2) сухость во рту, запоры;

3) ортостатическая гипотония, тахикардия;

4) агранулоцитоз.

Противопоказания:

1) стойкая гипотония;

2) заболевания печени, кроветворения;

3) хроническая сердечно-сосудистая недостаточность;

4) лактация.

Лекарственные взаимодействия:

Ингибиторы МАО снижают инактивацию тизерцина в печени, тем самым усиливают экстрапирамидные расстройства. Усиливает действие средств, угнетающих ЦНС, гипотензивных препаратов.

Трифтазин (стелазин, трифлуперазин)

Пиперазиновое производное фенотиазина

Фармакокинетика: близка к таковой аминазина.

Обладает избирательным действием на продуктивную симптоматику. В малых дозах имеет стимулирующий эффект

Показания:

1) галлюцинаторно-параноидный синдром;

2) патологическое фантазирование;

3) аутистический синдром;

4) структурные нарушения мышления;

5) дефицитарная симптоматика;

6) психопатоподобное поведение с нарушениями влечений, мориоподобным синдромом.

Дозы: для дошкольников — 5 мг/сут, до 12 лет — 20-25 мг/сут, для подростков — 20-60 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 1 мг, 5 мг.

Побочные явления:

1) экстрапирамидные расстройства;

2) свойственные другим нейролептикам, но редко, при больших дозах.

Противопоказания:

1) беременность, лактация;

2) повышенная чувствительность;
3) нарушения функции печени;
4) заболевания кроветворной системы;
5) относительные: глаукома, аденома простаты, эпилепсия.

Лекарственное взаимодействие: потенцирует действие анальгетиков, снотворных, этанола. При сочетании с хлорпиперазинами — длительное бессознательное состояние.

Этаперазин (перфеназин, трилафон)

Хлорпиперазиновое производное фенотиазина.

Фармакокинетика: близка к таковой аминазина.

Обладает антипсихотическим действием со стимулирующим эффектом, сильным противорвотным, противоикотным действием и противозудным.

Показания:

1) вербальный галлюциноз;
2) дефицитарная симптоматика при шизофрении;
3) заторможенность, субступор, апатоабулия;
4) кожный зуд, икота.

Дозы: дошкольникам — 8 мг/сут, школьникам и подросткам — до 50-60 мг/сут. В малых дозах оказывает стимулирующий эффект, в больших — антипсихотический.

Побочные явления: менее выраженные экстрапирамидные расстройства; остальные, свойственные нейролептикам — редко.

Противопоказания: нарушения функции печени, почек, кроветворной системы; болезни сердца.

Лекарственное взаимодействие: усиливает действие анальгетиков, хорошо сочетается с антипаркинсоническими средствами.

Френолон (метафеназин)

Пиперазиновое производное фенотиазина.

Фармакокинетика: подобна аминазину.

Психотропный эффект — активирующий, седативный и транквилизирующий; слабый — антипсихотический.

Показания:

1) ступорозные и субступорозные состояния различной этиологии;
2) астенодепрессивный синдром;
3) кататонический ступор с отказом от еды;
4) олигофрения с брадипсихией, вялостью, безынициативностью.

Побочные явления: очень незначительные, препарат малотоксичен, поэтому может использоваться у пожилых и соматически ослабленных. Редко возникают экстрапирамидные расстройства, возможны бессонница, крапивница, лейкопения.

Противопоказания: тяжелая патология печени, почек, сердца.

Дозы: для дошкольников — 5-7 мг/сут; у школьников, подростков — 20-30 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 5 мг.

Лекарственное взаимодействие: хорошо сочетается с антипаркинсоническими средствами; потенцирует барбитураты, этанол.

Пропазин (талофен)

Близок к аминазину, но слабее его в 2-3 раза.

Фармакокинетика: аналогична аминазину, но препарат в 2 раза слабее и менее токсичен. Максимальная суточная дозировка до 150 мг. Более, чем аминазин, показан для детей и пожилых.

Лекарственное взаимодействие: хорошо сочетается с наркотиками, анальгетиками, антигистаминными средствами.

Метеразин (прохлорперазин, тементил)

Пиперазиновое производное фенотиазина.

Обладает антипсихотическим, сильным стимулирующим (растормаживающим) и противорвотным действием.

Фармакокинетика: как у аминазина.

Показания:

1) ступорозный;

2) апатоабулический;

3) простая и кататоническая формы шизофрении.

Дозы: для детей до 12 лет применение не рекомендуется, для детей старше 12 лет — 75-100 мг/сут.

Побочные явления:

1) обильные экстрапирамидные расстройства;

2) лейкопения.

Противопоказания: тяжелые заболевания печени и почек.

Лекарственное взаимодействие: слабо потенцирует наркотики и анальгетики. Хорошо сочетается с антипаркинсоническими средствами.

Мажептил (тиопроперазин, цефальмин)

Пиперазиновое производное фенотиазина.

Обладает очень сильным антипсихотическим эффектом с растормаживающим компонентом.

По силе действия на психоз сравним с инсулиншоковой терапией.

Показания:

1) кататоническая, гебефреническая формы шизофрении;

2) ступорозный и апатоабулический синдромы.

Эффект по типу «обрывающего».

Побочные явления:

1) дает выраженную экстрапирамидную симптоматику (в 100%) сразу и при малых дозах;

2) гипергидроз, саливация, сальность кожи.

Дозы: для дошкольников — 2-3 мг/сут, до 12 лет — 15 мг/сут, для подростков — 30 мг/сут в 3 приема.

Модитен (миренил, лиоген, флуфеназина гидрохлорид)

Производное фенотиазина.

Фармакокинетика не исследована.

Обладает глобальным антипсихотическим действием (по типу обрывающего), седативным и мягким стимулирующим эффектом.

Показания:

1) галлюцинаторно-бредовой синдром;

2) апатоабулический, субдепрессивный синдром;

3) дефицитарная «поведенческая» симптоматика.

Дозы: постепенно увеличивают от 1-2 мг до 10-30 мг/сут.

Побочные явления:

1) экстрапирамидные;

2) нарушения менструального цикла;

3) колебания АД, гипертензия;

4) лейкопения;

5) аллергические реакции.

Противопоказания:

1) тяжелые депрессии;

2) органическое поражение ЦНС;

3) болезни печени, почек;

4) феохромоцитома;

5) аденома простаты;

6) повышенная чувствительность.

Относительные противопоказания:

1) эпилепсия;

2) болезнь Паркинсона;

3) беременность, лактация;

4) работа в условиях гипертермии и с фосфорсодержащими инсектицидами.

Нельзя совмещать с напитками, содержащими кофеин, танин, пектин (яблоки).

Сонапакс (меллерил, тиодазин, тиерил, тиоридазина гидрохлорид)

Пиперидиновое производное фенотиазина.

Фармакокинетика: препарат быстро всасывается, максимальная концентрация через 2 ч. Быстро выводится из организма.

$T1/_2$ = 2-3ч.

Общее антипсихотическое действие слабое, но препарат обладает выраженным анксиолитическим и мягким тимоаналептическим действием.

Показания:

1) страхи, тревога, напряжение, в сочетании с ипохондрическими, сенестопатическими и навязчивыми проявлениями;

2) неврозоподобная шизофрения на фоне органического поражения ЦНС;

3) двигательная расторможенность при психопатоподобном синдроме различного генеза.

В малых дозах оказывает стимулирующий эффект, в больших — седативный.

Дозы: грудным детям — 1 мг/кг/сут; дошкольникам — 40 мг/сут; школьникам и подросткам — 100-200 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 10 мг, 25 мг.

Побочные явления встречаются редко, обычные для препаратов этого ряда. Возможна желудочковая аритмия.

Взаимодействие с другими препаратами — обычное для нейролептиков.

Неулептил (неулактил, проперциазин)

Препарат фенотиазинового ряда.

Фармакокинетика: близка к таковой аминазина.

Имеет сильно выраженное адренолитическое свойство, холиноблокирующий эффект, в связи с чем обладает спазмолитическим свойством и нет каталептогенного эффекта.

Гипотермический эффект в 2 раза сильнее, чем у аминазина. Значительно потенцирует наркотики, анальгетики, барбитураты.

«Малый нейролептик», имеет слабое антипсихотическое действие.

Избирательное действие:

1) расстройства поведения различного генеза;

2) злобность, дисфория, агрессивность, напряжение как предшественник психомоторного возбуждения;

3) эпилепсия с дисфорией;

4) шизофренический психопатоподобный синдром с расторможением или извращением влечений.

Дозы: дошкольникам — 10 мг/сут; школьникам и подросткам — 30-40 мг/сут.

Форма выпуска: капе, по 10 мг.

Побочные явления:

1) быстро проходящая сомнолентность;

2) редко — экстрапирамидные расстройства.

Усиливает действие спазмолитиков (папаверина, ношпы и др.).

Пипортил (шшотиазин)

Пиперидиновое производное фенотиазина.

Препарат «поливалентного» действия. Имеет выраженный антипсихотический эффект.

Показания:

1) полиморфная бредовая симптоматика (идеи преследования, величия и др.);

2) продуктивная и негативная симптоматика;

3) дефицитарная и аутистическая симптоматика;

4) агрессивность, негативизм; дисфория различного генеза, в том числе у олигофренов.

Дозы: для школьников и подростков — 20-40 мг/сут (в дозах до 10 мг — стимулирующий эффект, 15 мг и выше — антипсихотический эффект).

Побочные эффекты: дискинезии и акатизии (необходимо сразу назначать корректоры).

Противопоказания:

1) агранулоцитоз в анамнезе;

2) глаукома;

3) порфирия.

Есть пролонгированная форма препарата — пипортил L4, введение в/м 1 раз в месяц в стеклянном шприце.

Галоперидол (галдол, алоперидин)

Производное бутирофенона.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ. Биодоступность — 50-70%. 90% связывается с белками крови. Максимальная концентрация в крови при приеме внутрь через 2-6 ч, при в/м введении — через 10-60 мин. Концентрация держится высоко до 3 суток. Проникает через ГЭБ. Мало изменяется в организме. $T/_2$ = 21 ч, ночью — дольше.

Выделение из организма замедленное.

Фармакодинамика: имеет мощный антипсихотический эффект и мощное стимулирующее влияние, в основном на моторную сферу.

Показания:

1) галлюцинаторно-бредовой синдром;

2) вербальный галлюциноз;

3) синдром Кандинского-Клерамбо;

4) психопатоподобное поведение разного генеза (шизофрения, эпилепсия, олигофрения);

5) ананкастный и фобический синдромы;

6) тики, заикание, гиперкинезы (малые дозы).

Дозы: при остром психозе более эффективно в/в введение, для дошкольников — 5 мг/сут, для школьников и подростков — 10-20 мг/сут. Препарат требует постепенного наращивания доз и медленного снижения.

Форма выпуска: табл. по 1,5 мг, 5 мг; 0,5% раствор в ампулах по 1 мл; 0,2% раствор во флаконах для приема внутрь (10 капель содержат 1 мг).

Побочные эффекты:

1) тахикардия, тошнота, рвота в первые 30 мин после инъекции;

2) острые и пароксизмальные экстрапирамидные расстройства, гипер- и дискинезии в дистальных отделах кончностей;

3) обострение глаукомы, токсикодермии.

Противопоказания:

1) нарушения сердечной проводимости;

3) заболевания почек с нарушением функции.

Взаимодействия:

1) потенцирует ингибиторы ЦНС;

2) хорошо сочетается с антипаркинсоническими средствами.

Триседил (трифлуперидол)

Производное бутирофенона.

Фармакокинетика: как у галоперидола.

Фармакодинамика: в 4 раза сильнее галоперидола.

Сочетает в себе антипсихотические эффекты галоперидола и мажептила. Тропен к маниакальному возбуждению.

Показания как у галоперидола, особенно при хронизированном систематизированном бреде, эпилептическом и олигофренном психозах.

У дошкольников не используется. У школьников и подростков — в дозе до 10 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 0,5 мг.

Побочные эффекты:

1) экстрапирамидные нарушения;

2) паркинсонизм (акинето-гипертонический синдром).

Противопоказания: органические заболевания ЦНС.

Взаимодействие: потенцирует действие барбитуратов и хлоралгидрата, является антагонистом амфетаминов.

Дроперидол (дролептан)

Производное бутирофенона.

Фармакокинетика: как у галоперидола.

По психотропному эффекту сходен с галоперидолом. Обладает быстрым эффектом — через 5-15 мин после парентерального введения, но действие кратковременное — 3-4 ч.

Применяется как средство скорой помощи при психотическом психомоторном возбуждении. В/м введение 1 раз в сутки 0,3 мл 0,25% раствора на 1 год жизни ребенка.

Нашел применение в хирургии и анестезиологии.

Побочные эффекты:

1) угнетение дыхания и снижение АД;

2) усиливает действие миорелаксантов.

Противопоказания:

1) экстрапирамидные нарушения;

2) применение гипотензивных средств.

Препараты пролонгированного действия

ОРАП (пимозид) — оральный антипсихотик

Производное дифенилбутилпиперидина.

Предназначен для поддерживающей терапии.

Действует в течение 22-24 ч, максимальный эффект через 8 ч после введения.

Показания:

1) дефицитарная симптоматика — активизирует, «социализирует»;

2) тики, гиперкинезы — эффективность больше, чем у галоперидола. Не оказывает сомнолентного эффекта. Не имеет экстрапирамидных побочных явлений.

Дозы: для школьников и подростков — 2-6 мг/сут, однократный прием утром.

Форма выпуска: табл. по 1 мг, 4 мг.

Пенфлюридол (лонгоперидол)

Эффект сохраняется 5-7 дней за счет медленного метаболизма.

Показания: поддерживающая терапия при вялой и малопроградиентной шизофрении. Максимальный эффект в первые 3 дня приема.

Доза: подросткам 20-40 мг/нед.

ИМАП (флушпирилен) — интрамускулярный антипсихотик

По спектру действия приближается к галоперидолу (сочетание антипсихотического и стимулирующего действия).

Эффект — в течение недели. Можно комбинировать с нейролептиками седативного действия.

Показания: как у галоперидола.

Побочные явления: экстрапирамидная симптоматика с первых дней, требует корректоров.

Дозы: подросткам — 3-6 мг (1-3 мл)/нед. При длительном применении каждые 3 недели делать 5-7-дневный перерыв.

Противопоказания:

1) экстрапирамидные нарушения;

2) депрессия.

Транквилизаторы

Транквилизаторами называют лекарства различной химической структуры, обладающие способностью устранять отрицательные эмоции («транквилизировать» — делать спокойным).

Началом истории современных транквилизаторов считается введение в клиническую практику синтезированного в 1955 г. мепробамата.

В настоящее время в лечебной работе используют более 50 транквилизаторов.

Все многообразие клинического воздействия транквилизаторов можно рассматривать в двух направлениях.

1) психотропная активность;

2) снотворная, вегетотропная, миорелаксирующая и противосудорожная активность.

Эти эффекты проявляются у любого здорового человека.

Классификация транквилизаторов базируется в основном на химическом строении. Наиболее распространена и безопасна группа бензодиазепинов.

Под психотропной активностью подразумевается:

1) противотревожное (анксиолитическое) действие;

2) эйтимизирующее действие;

3) транквилизирующее действие;

4) седативное действие.

По нарастанию противотревожного действия препараты бензодиазепинового ряда могут быть распределены в следующей последовательности:

Клоназепам — нитразепам — нозепам — хлозепид — мебикар — мезапам — диазепам — феназепам.

По нарастанию противосудорожного эффекта:

Мебикар — мезапам — нозепам — хлозепид — нитразепам — феназепам — клоназепам.

По нарастанию седативного эффекта:

Нозепам — мезапам — мебикар — нитразепам — клоназепам — хлозепид — диазепам — феназепам.

По нарастанию снотворного эффекта:

Нозепам — клоназепам — хлозепид — диазепам — нитрозепам — феназепам.

У мебикара и мезапама снотворный эффект отсутствует.

Механизм действия

В 70-е годы были обнаружены специфические бензодиазепиновые рецепторы, высокое содержание которых в гиппокампе обеспечивает анксиолитический эффект, в коре — противосудорожный, в таламусе — седативныи, а миорелаксация вызвана блокированием полисинаптических рефлексов. В свою очередь бензодиазепиновые рецепторы повышают чувствительность к медиаторам торможения.

Побочные эффекты

1. Усталость, сонливость, приступы головокружения, нарушение концентрации внимания, атаксия, дизартрия — возникают в начале приема препарата и обычно исчезают через несколько дней или при уменьшении дозы.

2. При применении транквилизаторов более 2 месяцев может сформироваться зависимость, особенно у токсикоманов и злоупотребляющих алкоголем. Синдром отмены сопровождается тошнотой, рвотой, нарушениями чувствительности, приступами судорог.

3. Не показаны для назначения детям, так как вызывают формирование привыкания, зависимость.

Для безопасности терапии нужно соблюдать следующие условия:

а) обоснованность назначения;

б) максимальная длительность лечения — 6-8 недель;

в) постепенное увеличение дозы;

г) постепенное снижение препарата в течение 10-14 дней.

Атаракс

Производное пиперазина.

Оказывает седативныи и анксиолитический эффект.

Имеет противорвотное, антигистаминное и М-холиноблокирующее действие.

Не влияет на сердечно-сосудистую систему.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ; максимальная концентрация через 2 ч при приеме per os.

$T_{1/2}$ = 12-20 ч, у детей — 7 ч.

Показания:

1) синдром абстиненции у алкоголиков;

2) состояние тревоги, возбуждения при органическом поражении ЦНС;

3) зуд при дерматите;

4) рвота и тревога в пред- и постоперационном периоде.

Дозировка индивидуальная: от 25 мг до 300 мг/сут.

Побочные явления:

1) сонливость;

2)тремор,судороги;

3) сухость во рту.

Противопоказания:

1) острая форма порфирии;

2) беременность, лактация, роды;

3) опухоль простаты;

4) повышенная чувствительность;

5) почечная недостаточность.

Усиливает действие алкоголя, барбитуратов, опиатов, транквилизаторов.

Апо-клоразепам

Производное бензодиазепина.

Имеет анксиолитическое, седативное, миорелаксирующее, снотворное действие.

Повышает чувствительность специфических рецепторов (GABA-рецепторов) к медиатору торможения за счет возбуждения бензодиазепиновых рецепторов.

Фармакокинетика не исследована.

Показания:

1) невротические расстройства с тревогой, страхом, возбуждением;

2) острая алкогольная интоксикация (в составе комбинированной терапии).

Суточная доза: 15-60 мг/сут.

Первоначальный курс — 1 неделя.

Форма выпуска: капе, по 3,75 мг, 7,5 мг, 15 мг.

Побочные действия:

1) сонливость, усталость, бессонница, галлюцинации, нарушение координации, диплопия;

2) сухость во рту, диспептические расстройства;

3) артериальная гипотензия;

4) преходящая сыпь.

Противопоказания:

1) миастения;

2) повышенная чувствительность.

3) беременность, лактация;

4) глаукома.

Не назначать людям до 18 лет и депрессивным больным.

Усиливает действие алкоголя.

Нельзя совмещать с препаратами, угнетающими ЦНС.

Апо-лоразепам

Производное бензодиазепина.

Имеет анксиолитическое, седативное, миорелаксирующее и противосудорожное действие.

Механизм действия — как у всех бензодиазепинов.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ. Максимальная концентрация при приеме внутрь через 2 ч. $T^1/_2 =$ 16-20 ч. 88% выводится с мочой.

Показания:

1) невроз со страхом, тревогой, беспокойством, напряжением;

2) тревога и напряжение повседневной жизни.

Суточная доза — 1-4 мг. Первоначальный курс — не более 7 дней.

Форма выпуска — табл. по 0,5 мг, 1 мг, 2 мг.

Побочные эффекты:

1) сонливость, заторможенность, дезориентация, депрессия;

2) зуд.

Противопоказания:

1) миастения;

2) глаукома;

3) повышенная чувствительность;

4) депрессии;

5) возраст до 18 лет;

6) беременость, лактация.

Необходим контроль анализа крови, функции печени и почек.

При длительном приеме развивается привыкание.

Усиливает действие алкоголя и средств, угнетающих ЦНС.

Апо-флуразепам

Производное бензодиазепина.

Имеет сильное снотворное действие, умеренное — анксиолитическое.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, $T^1/_2$ метаболитов = 47-100 ч.

Показания: нарушения сна (засыпания, пробуждения).

Доза перед засыпанием — до 30 мг, применять не дольше 7-10 дней.

Форма выпуска: капс, по 15 мг, 30 мг.

Побочные эффекты:

1) нарушения памяти, внимания; депрессия, тревожность, усталость, атаксия, слабость, головная боль;

2) сердцебиение, жжение в области сердца;

3) диспептические расстройства;

4) дизурия.

Противопоказания:

1) возраст до 18 лет;

2) парадоксальная реакция на алкоголь и седативные препараты;

3) приступы апноэ во сне;

4) повышенная чувствительность;

5) хроническая алкоголизация;

6) депрессия;

7) болезни печени, почек.

Усиливает действие алкоголя, антигистаминных, психотропных средств.

Калмепам (лексорган, нормок, бромазепам)

Из группы бензодиазепинов.

Фармакокинетика: всасывается в ЖКТ. Максимальная концентрация через 1-4 ч. С белками крови связывается 70%. Метаболизируется в печени с образованием неактивных метаболитов.

Т $1/_2$ = 7,9-19,J ч. 70% выводится с мочой.

Показания:

1) невротические и психопатические расстройства с тревогой, напряжением;

2) мышечный спазм;

3) психосоматические расстройства;

4) подготовка к хирургическим мероприятиям.

Дозировка: 5-10 мг/сут, до 18 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 1,5 мг, 3 мг.

Побочные явления:

1) утомляемость, сонливость, мышечная слабость, замедление психической деятельности, иногда — возбуждение, галлюцинации;

2) сухость во рту;

3) редко — нарушения функции почек, изменения в крови.

Противопоказания:

1) миастения;

2) лекарственная и алкогольная зависимость;

3) повышенная чувствительность.

Относительные:

1) эпилепсия;

2) прием антидепрессантов;

3) болезни печени, почек, дыхательной системы;

4) беременность, лактация.

Лекарственное взаимодействие: усиливает действие опиатов, анальгетиков, снотворных, наркотических средств, этанола.

Хлордиазепоксид (элениум, хлозепид, либриум, хлозепид)

Бензодиазепин.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, в крови появляется уже через 15 мин. Непрочно связывается с белками плазмы. Проникает сквозь ГЭБ и плацентарный барьер. Т'$/_2$ = 40-50 ч.

Метаболизируется в печени с образованием активного метаболита — оксазепама. Инактивируется в печени, выводится мочой, желчью, калом.

Фармакодинамика:

1) снотворный эффект (3 дня);

2) нормализация сна;

3) исчезновение тревоги, напряжения, агрессивности, навязчивых мыслей;

4) миорелаксирующее действие;

5) вегетостабилизирующее действие.

Показания:

1) невротические и неврозоподобные расстройства с раздражительностью, напряжением, страхом, навязчивостями;

2) гиперкинезы разной этиологии.

Дозировка от 5-10 мг до 30-50 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 5 мг, 10 мг, 25 мг.

Побочные явления: сонливость, легкое головокружение, неуверенная походка, атаксия, кожный зуд, тошнота, запоры, нарушения менструального цикла, снижение полового влечения.

Противопоказания: острые заболевания печени, почек; миастения, беременность; работа, требующая напряжения, реакции.

Взаимодействие с другими препаратами: ингибиторы МАО, стрихнин и коразол являются антагонистами бензодиазепинов; усиливают действие алкоголя, снотворных, противосудорожных, болеутоляющих.

Нельзя совмещать прием с производными фенотиазина.

Феназепам (бензодиазепин)

Фармакология как у элениума.

Синтезирован в СССР. Самый сильный из синтезированных бензодиазепинов.

Эффекты:

1) седативный;

2) противотревожный (сильнее многих нейролептиков);

3) снотворный;

4) вегетостабилизирующий;

5) противосу дорожный.

Показания:

1) тревожно-депрессивный синдром;

2) аффективно-бредовой синдром;

3) деперсонализационный синдром;

4) эпилепсия (абсансы, психомоторные приступы, миоклонические приступы, височная эпилепсия);

5) вегетативные приступы;

6) тревога невротического уровня;

7) психосоматическая патология.

Дозировка: от 0,5 мг до 1,5 мг 1-3 раза в сутки

Форма выпуска: табл. по 0,5 мг, 1 мг, 2,5 мг.

Побочные эффекты незначительные.

Взаимодействие с другими препаратами как у элениума.

Нитразепам (эуноктин, радедорм)

Производное бензодиазепина.

Фармакокинетика: как у других бензодиазепинов.

Эффекты:

1) снотворный;

2) противосудорожный;
3) миорелаксирующий;
4) обезболивающий.

Показания:
1) расстройства сна при неврозах и неврозоподобных расстройствах;
2) эпилепсия с ночными приступами.

Дозировка: детям 3-6 лет — 10-30 мг, 6-11 лет — 30-45 мг, старше 12 лет — 60 мг в 3 приема.

Противопоказания и взаимодействие те же.

Седуксен (валиум, диазепам, реланиум, сибазон)

Фармакокинетика: при приеме внутрь всасывается около 75%. Максимальный уровень в крови — через 1-1,5 ч. 98% связывается с белками крови. В печени метаболизируется 98-99%. Главные метаболиты — активнодействующие. Выделяются с мочой, калом. $T'/_2$ = 24-72 ч, у новорожденных — 31 ч, у грудных детей — 8-14 ч, при болезнях печени — удлиняется до 36-96 ч.

Фармакодинамика:
1) общее успокаивающее действие;
2) антифобическое действие;
3) противотревожное действие;
4) противосудорожное;
5) вегетостабилизирующее действие.

Показания:
1) беспокойство, страх, расстройства сна;
2) адаптация к незнакомым условиям;
3) вегетососудистая дистония;
4) вегетативные пароксизмы;
5) навязчивые фобии, неврозоподобная шизофрения;
6) эпилепсия;
7) эпилептический статус.

Дозировка: детям до 6 лет — 7,5 мг/сут, детям 6-14 лет — 10-15 мг/сут в три приема (при лечении эпилепсии).

Форма выпуска: табл. по 5 мг, 0,5% раствор в ампулах по 2 мл.

Побочные эффекты: обычные для бензодиазепинов.

Лекарственное взаимодействие: усиливает действие анальгетиков, снотворных. Снижает эффективность антикоагулянтов. Усиливает действие препаратов с мышечно-расслабляющим эффектом, трициклических антидепрессантов.

Транксен

Бензодиазепин длительного действия с выраженным анксиолитическим эффектом. Оказывает седативное, снотворное, противосудорожное и миорелаксирующее действие.

Фармакокинетика: максимальная концентрация в крови — через 45-60 мин при приеме per os. Биодоступность около 100%. $T'/_2$ = 35 ч.

Показания:

1) состояние тревоги разной этиологии, депрессивно-тревожный синдром;

2) профилактика делирия у больных хроническим алкоголизмом.

Дозы: 25-100 мг/сут, у пожилых — половина дозы.

Форма выпуска: табл. по 5 мг, 10 мг.

Побочные эффекты:

1) сонливость, мышечная гипотония, опьянение; парадоксальные реакции — раздражительность;

2) тошнота, рвота;

3) аллергические кожные высыпания.

Противопоказания:

1) дыхательная недостаточность;

2) первый триместр беременности;

3) повышенная чувствительность;

4) миастения.

Лекарственное взаимодействие: усиливает действие миорелаксантов и нейролептиков, потенцирует действие алкоголя.

Эстазолам

Тиазоловое производное бензодиазепина.

Оказывает анксиолитическое, снотворное, седативное, противосудорожное, слабое миорелаксирующее действие. Облегчает засыпание и углубляет сон.

Фармакокинетика: хорошо всасывается в ЖКТ. Метаболизируется в печени. TV_2 ~ 17 ч- Выводится почками.

Показания:

1) неврозы с депрессивно-фобическим синдромом и повышенной возбудимостью;

2) неврозы с расстройствами сна;

3) лечение эпилепсии.

Дозировка: 4-6 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 2 мг.

Побочные явления: сонливость, утомление, локомоторная атаксия.

Противопоказания:

1) миастения;

2) дыхательная недостаточность;

3) беременность;

4) повышенная чувствительность;

5) лекарственная зависимость.

Лекарственное взаимодействие: усиливает действие средств, угнетающих **ЦНС.**

Рудотель (мезапам, нобритем, медазепам)

Дневной транквилизатор бензодиазепинового ряда.

Стимулирует GABA-рецепторы.

Имеет транквилизирующий и очень слабый седативный эффект. Стабилизирует физическую активность.

Фармакокинетика: всасывается 40-75% при приеме per os. Максимальная концентрация в крови — через 1-2 ч. Полностью (99,8%) связывается с белками крови, метаболизируется в печени, выводится почками и кишечником. Метаболиты активны. $V/_2$ = 20-176 ч (у ряда метаболитов — дольше), поэтому после отмены — последействие.

Показания:

1) беспокойство, страхи непсихотической природы;

2) психосоматические и психоактивные расстройства (мигрень, климакс, сердечно-сосудистые).

Дозировка: до 40 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 10 мг.

Побочные явления:

1) усталость, головная боль, атаксия;

2) импотенция, нарушения менструального цикла;

3) гиповентиляция.

Противопоказания:

1) миастения;

2) повышеная чувствительность;

3) нарушения функции печени, почек;

4) лекарственная зависимость (легко формируется);

5) беременность, лактация.

Лекарственное взаимодействие: потенцирует действие алкоголя, барбитуратов, снотворных, нейролептиков, антидепрессантов, наркотических веществ.

Грандаксин (тофизопам)

Дневной транквилизатор (модификация диазепама)

Вызывает анксиолитический эффект, без седативного, миорелаксирующего и противосудорожного действия. Обладает вегетостабилизирующим действием, умеренным стимулирующим эффектом.

Фармакокинетика: быстро полностью всасывается в ЖКТ. Максимальная концентрация в крови — через 2 ч. Не куму лиру ет в организме. Метаболиты неактивны. Выделяется с мочой, калом.

$T1/_2$ = 6-8ч.

Показания:

1) неврозы, психопатии, сопровождающиеся напряжением, вегетативными расстройствами, страхами, апатией, навязчивостями;

2) климакс;

3) соматизированные депрессии;

4) хронический алкоголизм, абстиненция, делирий;

5) миастения и состояния с противопоказаниями к препаратам миорелаксирующего характера со вторичными невротическими расстройствами.

Дозировка: суточная доза до 300 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 50 мг.

Побочные явления:

1) возбуждение, раздражительность, бессонница;

2) тошнота, гастралгия;
3) кожный зуд, энантема;
4) синдром отмены — редко.

Противопоказания:

1) психозы, состояния с выраженным психомоторным возбуждением, агрессией;
2) декомпенсация дыхательной недостаточности;
3) беременность, лактация;
4) повышенная чувствительность;
5) глубокая депрессия.

Лекарственное взаимодействие: усиливает депрессивное действие средств, угнетающих ЦНС.

Гидроксизин

Производное пиперазина.

Анксиолитическое, седативное, антигистаминное, холинолитическое, противорвотное, анальгезирующее действие.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ. Максимальная концентрация в крови — через 2-3 ч. Метаболизируется и выводится с мочой. $V/_2$ = 6-8 ч.

Показания:

1) тревожные состояния и страхи невротического и органического генеза;
2) кожные заболевания с зудом.

Дозировка: 200-400 мг/сут. Детям до 6 лет — 50 мг/сут, старше 6 лет — 50-100 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 10 мг, 25 мг.

Побочные явления:

1) утомляемость, сонливость, атаксия;
2) тахикардия;
3) кожная сыпь;
4) сухость слизистых.

Противопоказания:

1) порфирия;
2) аденома простаты;
3) глаукома;
4) беременность, лактация;
5) повышенная чувствительность.

Лекарственное взаимодействие: усиливает препараты, угнетающие ЦНС (барбитураты, наркотические, этанол, антигистаминные, нейролептики, антидепрессанты).

Мебикар

Синтезирован в СССР.

Производное бициклических полиамидов.

Не имеет снотворного, миорелаксирующего эффекта, не нарушает внимания.

Является «дневным транквилизатором».

Показания:

1) тревожные, тревожно-депрессивные состояния;

2) фобии и навязчивости;

3) никотиновая абстиненция;

4) нервно-вегетативные расстройства при ЧМТ;

5) побочные эффекты психотропных средств (нейролептиков, бензодиазепинов).

Имеет незначительную токсичность.

Побочные эффекты: кожные аллергические реакции

Дозировка: 0,3-1,8 г/сут.

Ноотропы

Ноотропные средства — вещества различной структуры, имеющие разные механизмы действия, но обладающие общей способностью нормализовать метаболизм в клетках центральной нервной системы и оказать благоприятное влияние на высшие интегративные функции мозга — память, внимание, мышление.

Ноотропы являются либо производным биологически активных соединений, либо веществами, способствующими их синтезу.

Родоначальником этого класса психотропных стредств является ноотропил, синтезированный в 1963 г.

Основные эффекты ноотропных средств:

1) повышение скорости мыслительных процессов;

2) повышение устойчивости ЦНС к повреждающим внешним воздействиям — электрошоку, травме мозга, интоксикациям ядами;

3) выраженное антигипоксическое действие на различных моделях гипоксии;

4) нормализация центрального и вестибулярного нистагма;

5) сглаживание межполушарной асимметрии;

6) ускорение консолидации, улучшение сохранения энграммы в долговременной памяти;

7) улучшение мозгового кровотока, усиление потребления кислорода и глюкозы в ишемизированных зонах мозга;

8) увеличение энергетического потенциала мозга за счет ускорения оборота АТФ;

9) увелечение синтеза ядерной РНК в головном мозге;

10) большая широта терапевтической активности;

11) реализация своих специфических эффектов при неоднократном курсовом применении, таких как: мнемотропныи, адаптогенныи; седативныи и противотревожный, противосудорожный и антидепрессивный; эффект купирования острых осложнений и коррекции побочных реакций после фармакотерапии; потенцирующий действие нейролептиков; стимулирующий (нейрометаболизм) при чрезмерной психофизической нагрузке.

Аминалон (гамалон)

Гамма-аминобутировая кислота.

Биогенное вещество, содержащееся в ЦНС. Медиатор торможения. Имеет все основные эффекты ноотропов.

Спектр показаний широкий:

1) органические поражения головного мозга;
2) олигофрения;
3) при всех психических заболеваниях в качестве адаптогена.

Фармакокинетика не изучена.

Дозировка: от 500 мг до 3 г в сутки. У детей в зависимости от возраста 1-3 г/сут.

Продолжительность приема: 2 нед — 6 мес.

Побочные явления:

1) снижение артериального давления, брадикардия;
2) тошнота, рвота;
3) нарушения сна.

Противопоказания: повышенная чувствительность.

Передозировка не описана.

Взаимодействия с лекарственными препаратами не описаны.

Ноотропил (пирацетам, луцетаи)

Циклическое производное ГАМК.

Не влияет на биоэлектрическую активность мозга, двигательные и эмоциональные реакции, не имеет анальгезирующего и снотворного эффекта.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, максимальная концентрация через 30-40 мин. Хорошо проникает через ГЭБ и ПБ. Накапливается в мозге через 1-4 ч. $T_{1/2} = 4$ ч. 90% выводится почками в неизмененном виде. Облегчает синаптическую передачу в неокортикальных структурах, межполушарную передачу, улучшает ассоциативные процессы. Способствует восстановлению сознания, интеллектуальных функций, памяти, речи.

Показания:

1) олигофрения;
2) церебрастенический синдром разного происхождения;
3) *астенодепрессивный, адинамический* синдром разного генеза;
4) гипердинамический синдром, ММД;
5) психическая адаптация;
6) осложнения нейролептической терапии;
7) интоксикация антиконвульсантами;
8) для предотвращения «синдрома отмены» при лечении психотропными средствами;
9) энурез.

Дозировка: суточные дозы для детей 3-7 лет: 800-1000 мг/сут, 7-12 лет — 1,2-2,0 г/сут, 12-16 лет - 1,5-2,8 г/сут.

Курс лечения: 4-6 нед — 2 мес 3 раза в год.

Форма выпуска: капе, по 0,4 г.

Побочные явления: раздражительность, бессонница, тремор, обострение сердечной недостаточности.

Противопоказания: почечная недостаточность, первая половина беременности.

Взаимодействие с другими препаратами: сочетается с вазотропными и вазоактивными средствами.

Энцефабол (пиридитол)

Ноотроп.

Фармакодинамика:

1) повышает усвоение и метаболизм глюкозы, то есть улучшает обменные процессы;

2) стабилизирует клеточные мембраны;

3) усиливает кровоток, повышает потребление кислорода, интенсифицирует обмен глюкозы в ишемических отделах мозга;

4) на ЭЭГ усиливает альфа-ритм и снижает тета- и дельта-ритмы;

5) способствует повышению умственной работоспособности, улучшает память и способность к обучению.

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ. Биодоступность = 85%. Максимальная концентрация в крови — через 30-60 мин. Связывается с белками крови 20-40%. Метаболизируется в печени с образованием активных метаболитов. $T_{1/2}$ = 25 ч. Не кумулирует. Выводится с мочой. Проникает через ГЭБ, ПБ.

Показания:

1) деменция;

2) энцефалопатия;

3) олигофрения.

Дозировка: по 200 мг 3 раза в сутки, детям — 50-300 мг/сут. Начало эффекта — через 2-4 нед, оптимально — через 6-12 нед.

Форма выпуска: табл. по 100 мг, сироп 5 мл = 100 мг.

Побочные явления:

1) нарушения сна, повышенная возбудимость, утомляемость, анорексия, нарушения вкусовой чувствительности;

2) диспептические расстройства;

3) кожные высыпания.

Противопоказания:

1) повышенная чувствительность;

2) непереносимость фруктозы (при приеме сиропа);

3) нарушения функции печени или почек;

4) изменения периферической крови;

5) миастения, пузырчатка;

6) повышенная чувствительность к пенициллину.

Лекарственное взаимодействие: усиливает побочные эффекты пеницил-лина, препаратов золота и сульфасалазина.

Пикамилон

GABA и никотиновая кислота (g-аминомасляная кислота + никотиновая кислота).

Фармакодинамика:

1) улучшает память, повышает способность к обучению, увеличивает устойчивость ЦНС к неблагоприятным факторам;

2) анксиолитический и стимулирующий эффект;

3) увеличивает скорость мозгового кровотока;

4) антигипоксическое и антиоксидантное действие.

Фармакокинетика: проникает через ГЭБ, выводится через почки в неизмененном виде.

Показания:

1) постинсультные состояния;

2) энцефалопатия;

5) мозговые травмы;

4) мигрень, глаукома;

5) астенические состояния;

6) депрессии;

7) абстиненция при хроническом алкоголизме.

Дозировка: до 150 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 20 мг, 50 мг.

Побочные эффекты:

1) аллергические реакции;

2) повышенная чувствительность.

Лекарственное взаимодействие: уменьшает влияние этанола на ЦНС.

Фенибут

Препарат синтезирован в 1963 г. в Ленинграде.

Активирует процессы окисления, имеет антигипоксическое действие, обладает стимулирующим, транквилизирующим, седативным и снотворным эффектами. Близок к «дневным» транквилизаторам, но не имеет их побочных эффектов.

Показания:

1) невротические и неврозоподобные расстройства с тревогой, страхами, напряжением;

2) тики, заикание, гиперкинезы органического генеза;

3) астенические расстройства разного генеза, в том числе процессуального;

4) навязчивости;

5) вегетососудистая дистония;

6) психосоматические расстройства.

Дозировка: детям до 8 лет — 0,5 г/сут, 8-15 лет — 1,0 г/сут.

Форма выпуска: табл. по 0,1 г, 0,25 г.

Курс лечения: 4-6 нед. Чем выше доза, тем сильнее седативный эффект.

Противопоказаний нет.

тт„/;

Побочные явления — преходящая сонливость.

Пантогам

Производное пантотеновой кислоты, с остатком ГАМК.

Повышает устойчивость к гипоксии, обладает выраженным седативным действием, имеет противосудорожный эффект и анальгезирующее действие. Улучшает высшие корковые функции, эмоциональный фон.

Показания:

1) эпилепсия (урежает припадки, нормализует ЭЭГ, стимулирует психическое развитие);

2) гипердинамический синдром резидуально-органического и другого генеза, психопатоподобный синдром;

3) неглубокие проявления дефекта при шизофрении, при ВТШ с неврозоподобным и психопатоподобным синдромами;

4) ЗПР и олигофрения, органическое поражение головного мозга;

5) коррекция нейролептического экстрапирамидного синдрома, особенно хронического;

6)заикание, гиперкинезы.

Дозировка: 0,5-3,0 г/сут на 3-6 приема. Длительность 2-4-6 мес.

Побочные явления: аллергические реакции.

Ацефан (аналукс, церутил, клофеноксил, люцидрил)

Производное парахлорфенилуксусной кислоты.

Регулирует обменные процессы в центральных и периферических вегетативных нейронах. Опосредует свое действие через гипоталамо-гипофизарную систему, благодаря чему нормализуется функция эндокринных желез. Положительно влияет на функцию коры головного мозга.

Показания:

1) астенические состояния разной этиологии;

2) синдромы с нарушением сознания;

3) нарушения памяти, снижение умственной работоспособности;

4) токсическое, травматическое повреждение головного мозга;

5) диэнцефальные нарушения;

6) неврологические заболевания.

Дозировка: для дошкольников — 50-100 мг/сут, для школьников — 100—400 мг/сут в 3-4 приема.

Длительность: 1-3 мес.

Побочные явления: тревога, страх, бессонница, обострение продуктивной симптоматики, усиление эритропоэза

Противопоказания: инфекции нервной системы.

Лекарственное взаимодействие: сочетается с нейролептиками, транквилизаторами, противосудорожными средствами.

Препараты, обладающие ноотропным действием

Глутаминовая кислота

Заменимая аминокислота, используется с 1949 г.

Полностью утилизируется при введении, концентрация в мозге в 80 раз выше, чем в крови.

Участвует в белковом и углеводном обмене, в дезаминировании аммиака, в синтезе ацетилхолина и ГАМК.

Улучшает психическое развитие — речь, поведение, эмоции.

Показания:

1) олигофрения;

2) ДЦП;

3) болезнь Дауна;

4) эпилепсия (малые припадки).

Дозировка: дети 3-4 лет — 0,25 г 3 раза в сутки; 5-6 лет — 0,4 г 3 раза в сутки; детям 7-9 лет — 0,5-1,0 г 3 раза в сутки; детям старше 10 лет — 1,0 г 3 раза в сутки.

Курс лечения: 1-6 — 6-12 мес.

Побочные явления:

1) диспептические расстройства;

2) возбуждение;

3) лейкопения.

Противопоказания:

1) болезни печени, почек, ЖКТ;

2) психозы;

3) повышенная возбудимость.

Глицин

Аминоуксусная кислота.

Регулятор обмена веществ, нормализует процессы возбуждения и торможения в ЦНС, повышает умственную работоспособность.

Показания:

1) здоровым — при психоэмоциональном напряжении;

2) как ноотропное лекарственное средство — при энцефалопатии, умственной отсталости.

Форма выпуска: табл. по 0,1 г.

Дозировка: 0,1-0,15 г/сут, курсовая — 2,0-2,6 г; длительность: 14-30 дней.

Церебролизин

Состоит на 85% из аминокислот, на 15% из пептидов.

Это гидролизат мозгового вещества, состоящий из 18 аминокислот.

Обладает стимулирующим влиянием на обменные процессы в ЦНС, благодаря чему улучшается умственная активность и работоспособность.

Показания:

1) олигофрения;

2) органические поражения головного мозга в стадии реконвалесценции (ЧМТ);

3) ВСД;

4) эпилепсия (в сочетании с антиконвульсантами).

Дозировка: 15-30 инъекций по 1 мл, 2-3 курса в год.

Форма выпуска — амп. по 1 мл.

Схемы назначения детям:

1. 15-30 инъекций в/м по 1 мл ежедневно или через день 2-3 раза в год.
2. 20 инъекций ежедневно или через день не менее 5 раз в неделю по 1 мл, затем 4 нед перерыв и снова 20 инъекций. Курс повторяется 3 раза в год с перерывами не менее 1 месяца.

Побочных явлений не выявлено.

Противопоказания: тяжелые нарушения почек.

Лекарственное взаимодействие: сочетается с любыми лекарствами, кроме парентеральных введений растворов аминокислот.

Семакс

Ноотропное лекарственное средство нового поколения, содержит семь аминокислот, обладает адаптивным и ноотропным эффектами. Не токсичен, не вызывает привыкания. Используется в виде капель в нос, всасывается слизистой оболочкой и через несколько минут поступает в головной мозг. В организме быстро расщепляется на аминокислоты, выводится почками.

Терапевтические эффекты: усиливает избирательное внимание, улучшает запоминание, снимает нервно-психическое утомление, ускоряет восстановление умственной работоспособности, улучшает адаптацию мозга к гипоксии и ишемии, к наркозу и другим повреждающим воздействиям. Улучшает показатели интеллекта и памяти у здоровых людей, занятых на работах, требующих высокой сосредоточенности. Улучшает мозговые функции у пациентов, перенесших инсульт, при болезни Паркинсона, хорее Геттингтона. Механизм действия основан на изменении клеточного метаболизма лимбической системы.

Способы применения: выпускается во флаконах по 3 мл и применяется интраназально.

В одной капле раствора содержится 0, 05 мг активного вещества. Действие препарата начинается через 40-60 мин и продолжается 24-48 ч при однократном применении.

В качестве стимулятора умственной активности используется 0,2 мг (по 2 капли в каждую ноздрю) 1 раз в сутки. При астеноневротической симптоматике на фоне резидуально-органического поражения головного мозга — 2,5-5 мг в сутки в течение 5-10 дней. При ишемическом мозговом инсульте — 2 капли 3 раза в день в каждую ноздрю в течение 4 нед, 2 курса с интервалами 14 дней под наблюдением врача. При лечении мигрени и невралгии тройничного нерва — 2,5-5 мг 3-5 раз в день в течение 1-2 нед.

Противопоказания: острые психотические состояния; расстройства, сопровождающиеся тревогой; заболевания эндокринной системы; беременность, лактация.

Не имеет гормональной активности, нет побочных эффектов, не влияет на иммунную систему, не обладает аллергическими и иммуннотоксическими эффектами.

Глиатин

Препарат является донором ацетилхолина, а также предшественником фосфолипидов мембран нейронов. Играет значительную роль в анаболических процессах мозга. Высокоэффективен при острых патологических состояниях нервной системы, сопровождающихся нарушением сознания и угрозой повреждения мозгового вещества, эффективность выражается в пробуждающем и церебропротекторном действиях.

Показания к применению:

1) острый период черепно-мозговой травмы с преимущественно стволовым уровнем поражения (нарушения сознания, кома);

2) дегенеративные или инволютивные психоорганические синдромы, последствия нарушений мозгового кровообращения со снижением памяти, спутанностью сознания, дезориентировкой, снижением мотивации;

3) изменение эмоционального состояния и поведения: эмоциональная неустойчивость, раздражительность, отсутствие интереса;

4) минимальная мозговая дисфункция (ММД) у детей.

Препарат хорошо переносится, не дает побочных эффектов.

Форма выпуска: ампулы по 4 мл, содержащие по 1000 мг вещества для в/в и в/м введения, капсулы по 400 мг.

Детям назначается по 400 мг 2 раза в день в течение 2 мес; при травмах мозга в течение первых 7 дней по 1,0 г в сутки. Возможное появление тошноты при приеме снимается уменьшением дозы.

Циннаризин (стугерон, гламил)

Уменьшает вязкость крови, улучшает мозговой кровоток, тормозит приток кальция в клетку. Обладает сосудорасширяющим, антигистаминным, противоаллергическим действием.

Показания:

1) последствия органических поражений головного мозга;

2) нарушения мозгового кровотока;

3) мигрень;

4) ВСД;

5) нарушения памяти.

Побочные явления:

1) сонливость;

2) сухость во рту;

3) тошнота.

. Дозировка: детям старше 10 лет — 25 мг 3 раза в сутки.

Противопоказаний нет.

Флунаризин

Производное циннаризина.

Является блокатором кальция.

Показания:

1) судорожные состояния (вместе с противосудорожными препаратами);

2) мигрень у детей.

Дозировка: для детей старше 2 лет — 10-25 мг/сут.

Побочные явления:

1) увеличение массы тела;
2) нарушения менструального цикла;
3) депрессия.

Фезам

Комбинированный препарат, состоящий из 400 мг пирацетама и 25 мг циннаризина в капсулах. Обладает более сильным, нежели эти препараты в отдельности, антигипоксическим действием. Является хорошим адаптогеном. В комбинации с антидепрессантами и нейролептиками позволяет снизить дозировку последних и уменьшить явления нейролепсии.

Описание препаратов, имеющих ноотропное действие из-за сосудорасширяющего эффекта (трентал, винпоцетин, сермион, актовегин и др.) — см. в соответствующих справочниках лекарственных препаратов.

Нормотимики

Лития карбонат

Фармакокинетика: плохо растворим в воде, но хорошо всасывается в ЖКТ за 6-8 ч. В крови обнаруживается внеклеточно. В норме: 0,02-0,03 ммоль/л. Терапевтический уровень при лечении острой мании: 1,0-1,5 мэкв/л, при длительном лечении: 0,6-1,2 мэкв/л.

Максимальный уровень — через 0,5-4 ч. С белками крови не связывается. Равномерно распределяется в тканях организма. Почки реабсорбируют выделяющийся литий. Проникает через ГЭБ. Выделяется в основном почками, около половины — в первые 6-24 ч, затем выделение замедляется. Может кумулироваться при курсовом лечении (для его выделения требуется употреблять поваренную соль).

Т'/$_2$ зависит от времени приема, сокращается при гемодиализе. Препарат способствует рассасыванию уратов.

Психотропный эффект: ускоряет распад биогенных аминов. Вытесняет ионы натрия из клеток. Снижает интенсивность клеточного дыхания нейронов (особенно эмоциогенных структур). Снижает эмоциональное напряжение, происходит снижение двигательного и речевого возбуждения, нормализуется сон. Затем редуцируется идеаторное возбуждение.

Показания:

1) МДП;
2) шизофрения с аффективными расстройствами;
3) хронический алкоголизм;
4) профилактика фаз;
5) депрессия, дисфория при эпилепсии.

Дозировка: 0,9-2,0 г/сут. Контроль уровня в крови (не больше 1,6 мэкв/л) после еды, с ограничением поваренной соли.

Побочные эффекты: жажда, полиурия, слабость, диспепсия, кожный зуд, тремор, переходящий в оглушение, коллапс; гипотиреоз, псевдодиабетический синдром.

Противопоказания: болезни почек, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, гипотиреоз.

Лекарственное взаимодействие: хорошо сочетается с нейролептиками и антидепрессантами.

Антипаркинсонические средства

Акинетон

Антипаркинсонический центральный холиноблокатор. Угнетает усиленную тормозную функцию холинергических нейронов полосатого тела. Имеет умеренное периферическое М-холиноблокирующее, миотропное, спазмолитическое и ганглиоблокирующее действие. Уменьшает ригидность мышц, тремор и вегетативные нарушения.

Фармакокинетика: связывается с белками крови на 90-95%. Полностью метаболизируется. Выводится почками и ЖКТ. Равновесная концентрация при приеме per os — по 2 мг 2 раза, через 15-40 ч. Биодоступность — 33%. $T>/_2$= 1,5-24 ч.

Показания:

1) болезнь Паркинсона;

2) нейролепсия.

Дозы: 2-20 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 2 мг.

Побочные эффекты:

1) усталость, сонливость, беспокойство, спутанность, галлюцинации;

2) сухость во рту, нарушение аккомодации, запоры, урежение мочеиспускания.

Противопоказания:

1) глаукома;

2) мегаколон;

3) механическая обструкция ЖКТ;

4) гиперплазия предстательной железы;

5) повышенная чувствительность.

Лекарственное взаимодействие: усиление психотропного, антигистаминного, антипаркинсонического, противосудорожного действия; при сочетании с леводопой усиливает акатизию.

Циклодол (артан, паркопан, ромпаркин, паркинсан)

Фармакокинетика: быстро всасывается в ЖКТ, легко проникает ГЭБ. Выделяется с мочой в неизменном виде. Действие наступает через 1 ч, длится 2-3 ч, продолжительность — 6-12 ч.

Действие: снимает мышечную ригидность, уменьшает общую скованность, не влияет на тремор и акатизию.

Показания:

1) болезнь Паркинсона и паркинсонизм другого происхождения, спастический паралич;

2) профилактика и лечение нейролепсии.

Дозировка: от 1 мг, увеличивая постепенно, максимально — 20 мг/сут.

Форма выпуска: табл. по 2 мг.

Побочные действия: сухость слизистой рта, тахикардия, нарушение аккомодации, запор, паралич кишечника, задержка мочи, аллергия, повышенная чувствительность.

Противопоказания:

1) глаукома;

2) фибрилляция предсердий;

3) ограничения при болезнях почек, печени, сердца, гипертонической болезни, выраженном атеросклерозе.

Лекарственное взаимодействие: усиливает парасимпатическое действие трициклических антидепрессантов. Нарушает всасывание леводопы.

Противоэпилептические препараты представлены в главе 11.

Контрольные вопросы

1. Какую классификацию психотропных препаратов Вы знаете?
2. Назовите механизм действия нейролептических средств; побочные действия нейролептиков.
3. Какова классификация антидепрессантов, механизм действия отдельных групп препаратов и показания к применению?
4. Каковы механизм действия транквилизаторов, показания и противопоказания к применению?
5. Каковы механизм действия ноотропов, показания к применению?
6. Дайте характеристику нормотимиков.
7. Что такое антипаркинсонические средства, какие существуют показания к применению?

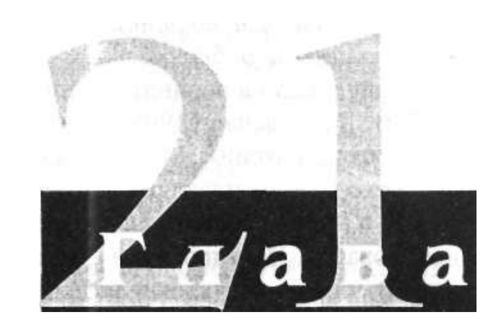
Список рекомендуемой литературы

1. *Белоусов Ю. Б., Моисеев В. С, Лепахин В. К.* Клиническая фармакология и фармакотерапия. — М.: Универсум, 1993. — 398 с.
2. Справочник по клинической фармакологии и фармакотерапии / Под ред. И. С. Чекмана, А. П. Пелещука, О. Я. Пятака. — Киев: Здоров'я, 1986.
3. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В. Н. Краснова и И. Я. Гуровича. - М., 2000. - 223 с.
4. *Львов И. А.* Психофармакотерапия детей и подростков: Учебное пособие. - СПб.: ЛПМИ, 1995. - С. 55.
5. *Машковский М. Д.* Лекарственные средства. В двух томах. — Изд. 14-е. — М.: Издательство Новая Волна: издатель С. Б. Дивов, 2002. — 540 с. + 608 с.
6. *Мосолов С. Н.* Клиническое применение современных антидепрессантов. — СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. — С. 566.

7. *Одинак М. М., Вознюк И. А.* Новое в терапии острой и хронической патологии мозга. — СПб., 1999.

8. *Поздеев В. К.* Метаболическая терапия эпилепсии. — Псков, 1995. - С.140.

9. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. — М.: АстраФармСервис, 1999, 2000, 2001 гг.



ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Психотерапия — это лечебное воздействие на психику и через психику на организм больного [Карвасарский Б. Д., 1985]. Исходя из этого определения, под *перинатальной психотерапией следует понимать систему лечебного психического (психологического) воздействия на психику женщины и ребенка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику на организм женщины и ребенка.*

Большую роль в перинатальной психотерапии играет семейная психотерапия. Г. В. Козловская (1995) называет семейную психотерапию «особенностью микропсихиатрии». Многие выдающиеся семейные психотерапевты писали о том, что семья, ожидающая рождения ребенка, стоит на пороге серьезных изменений, а значит, семейная система становится уязвимой, нестабильно ее функционирование. Нередко такая семья становится источником психической травмы для ее членов. Появление ребенка меняет состав семейных подсистем, перестраивает отношения членов семьи, что некоторыми из них переживается весьма болезненно. C. A. Whitaker отмечал, что все трудности семейной жизни «отступают на второй план, когда на сцену выходят переживания беременности, родов, кормления младенцев до одного года». S. Minuchin предупреждал, что появление ребенка означает появление в семье новой диссипативной структуры, что влечет за собой сложную реорганизацию супружеского холона и нередко ставит под угрозу существование всей системы семьи. О «неизбежном семейном кризисе», связанном с рождением ребенка, писала D. Pines (1993).

Перинатальную семейную психотерапию можно определить как комплекс психотерапевтических приемов и методов, осуществляемых в семье и при помощи семьи, направленных на лечение членов семьи, нервно-психические расстройства которых являются следствием реакций на зачатие, вынашивание, рождение и выхаживание ребенка.

Объектом внимания семейной перинатальной психотерапии является также и сам новорожденный, формирование его отношений с окружающими, прежде всего с родителями, особенности его постнатальной адаптации.

Основными задачами перинатальной психотерапии являются: предупреждение отклонений в развитии систем «беременная-плод-будущий отец», а затем «мать-дитя-отец» или раннее их выявление; разработка методов целенаправленных лечебных воздействий психологическими средствами на эти системы для упорядочения их деятельности.

Таким образом, можно выделить следующие разделы семейной перинатальной психотерапии:

1. Психотерапия семьи, планирующей зачатие ребенка.
2. Психотерапия семьи, ожидающей рождения ребенка.
3. Психотерапия семьи, имеющей новорожденного ребенка.
4. Психотерапия пациентов (детей разного возраста, подростков, взрослых), у которых нервно-психические расстройства связаны с проблемами перинатального периода.

Еще до зачатия, только при планировании деторождения семья часто нуждается в консультации психотерапевта. Мотивы желания иметь ребенка разнообразны. Они могут быть конструктивными, укрепляющими семью, способствующими созданию благоприятных условий для вынашивания беременности, родоразрешения, ухода за новорожденным, могут быть деструктивными и препятствовать этому. Во многом это зависит от стадии жизненного цикла семьи, на которой появляется на свет ребенок. Часто его рождение является результатом бессознательного желания мужа и жены разрешить семейные проблемы, их надежды на то, что рождение малыша улучшит их отношения, сделает ближе друг к другу. Попытка подобной семейной «аутопсихотерапии», как правило, безуспешна. Надеждам не суждено сбыться.

Рождение ребенка в критической ситуации, а, зачастую, попытка разрешить ее с помощью беременности и родов, отрицательно влияет на успешность установления раннего диалога в системе мать-дитя, способствует формированию отклонений семейного воспитания.

J. Zilbach определяет развитие семьи как закономерную последовательность изменений, протекающих во времени, в процессе которых появление тех или иных качеств функционирования или организации, обусловленных предыдущей стадией, определяет качества последующей стадии (1986). Существует много вариантов деления жизненного цикла семьи на стадии, этапы, периоды. E. M. Duvall (1957), Э. К. Васильева (1975), J. Zilbach (1986) и другие авторы в качестве основных признаков, определяющих стадию развития семьи, используют факт наличия или отсутствия в семье детей, их количество, а также их возраст.

ЖИЗНЕННЫЙ ЦИКЛ СЕМЬИ

В качестве примера можно привести, как представляет себе развитие жизненного цикла семьи E. M. Duvall (1957). Он выделяет задачи, характерные для различных стадий жизненного цикла, что может быть полезным при проведении семейной психотерапии (табл. 27).

С точки зрения перинатальной семейной психотерапии целесообразнее выделять стадии жизненного цикла семьи, исходя из отношений между супругами; из того, каким образом они пытаются разрешить возникающие конфликты. Руководствуясь этим, можно выделить 6 стадий.

1. Стадия добрачных отношений.
2. Стадия конфронтации.
3. Стадия компромиссов.
4. Стадия зрелого супружеского холона.
5. Стадия кризиса середины жизни (экспериментирования с независимостью).
6. Стадия «ренессанса» супружеских отношений.

Закономерность чередования стадий прослеживается в большинстве семей, однако сроки смены одной стадии другой весьма вариабельны. Это связа-

Таблица 27

Стадии жизненного цикла семьи [Duvall E. M., 1957]

№	Стадии	Задачи, связанные с развитием семьи
1	Супружеские пары без детей	Брак, удовлетворяющий обоих супругов. Урегулирование вопросов, касающихся беременности и желания стать родителями. Вхождение в круг родственников.
2	Появление в семье детей (возраст старшего ребенка — 30 мес)	Появление детей. Адаптация к ситуации их появления и забота о правильном развитии младенцев. Организация семейной жизни, удовлетворяющая потребности как родителей, так и младенцев.
3	Семьи с детьми — дошкольниками (возраст старшего ребенка от 2,5 до 6 лет)	Адаптация к основным потребностям и склонностям детей-дошкольников с учетом необходимости содействия их развитию. Преодоление трудностей, связанных с усталостью и отсутствием личного пространства.
4	Семьи с детьми (возраст старшего ребенка от 6 до 13 лет)	Присоединение к семьям с детьми школьного возраста. Побуждение детей к достижению успехов в учебе.
5	Семьи с подростками (старшему ребенку от 13 до 20 лет)	Установление равновесия между свободой и ответственностью. Создание круга интересов, не связанных с родительскими обязанностями, и проблемы карьеры.
6	Уход молодых людей из семьи (от ухода первого ребенка до момента, когда самый младший покинет дом)	Ритуализация освобождения молодых людей от родительской опеки. Сохранение духа поддержки как основы семьи.
7	Средний возраст родителей (от «пустого гнезда» до ухода на пенсию)	Перестройка супружеских отношений. Сохранение родственных связей со старшим и младшим поколениями.
8	Старение членов семьи (от ухода на пенсию до смерти обоих супругов)	Решение проблемы тяжелой утраты и одинокой жизни. Сохранение семейных связей и адаптация к старости. Адаптация к уходу на пенсию.

но как с личностными особенностями членов семьи, так и с влиянием факторов внешней среды.

1-я стадия продолжается в среднем около 9-12 месяцев. Она характеризуется состоянием эйфории, доминирующими, а иногда и сверхценными идеями любовного содержания, усилением полового влечения. Все представляется влюбленным в розовом свете, недостатки партнера игнорируются. К концу этой стадии отношение друг к другу становится более критичным, замечаются недостатки, на которые ранее не обращали внимания. При этом нередко отношения прерываются. Однако, если за это время люди стали понастоящему близки и дороги друг другу, принимается решение вступить в брак, цель которого — укрепление отношений. Незапланированная, слу-

чайная беременность может служить своеобразным катализатором развития отношений. Довольно часто заключение брака и образование новой семьи напрямую связано с беременностью и ожиданием родов. Сам по себе ребенок при этом нередко не представляет для молодой женщины особой ценности, а лишь является средством решения личных проблем. В этом случае наблюдаются трудности формирования раннего диалога матери и младенца. Они значительно усугубляются, если ребенок не оправдывает возложенных на него надежд. Воспитание такого младенца, как правило, осуществляется по типу гипопротекции, характеризуется бессознательным или осознаваемым непринятием малыша матерью. Отмечается неразвитость родительских чувств, воспитательная неуверенность.

На этой стадии кандидаты в супруги, как правило, очень нуждаются в психотерапии. Полагаю, что такая психотерапия, направленная на преодоление конфликтов, налаживание взаимопонимания между мужчиной и женщиной, их родственниками, имеющая целью заключение счастливого брака, вполне заслуживает названия семейная психотерапия. Перинатальным аспектом ее является работа, направленная на предупреждение случайной беременности или беременности, как средства манипуляции.

2-я стадия. Молодожены начинают жить вместе. Каждый из них имеет определенные привычки, взгляды на обязанности и стереотипы взаимоотношений мужа и жены. Строя семью, каждый опирается на свой опыт, полученный в семьях родителей. Зачастую эти представления противоречивы, что приводит к конфликтам. Только начав совместную жизнь, молодожены с удивлением отмечают, что избранник (избранница) сильно отличается от того образа, который они себе создали. То, в какой степени отличаются ожидания от реальности, определяет уровень конфликтности отношений. Родители молодоженов с обеих сторон нередко нарушают границы незрелого супружеского холона (супружеской подсистемы), убеждая своих детей в том, что только их семьи достойны подражания. Конфронтация нарастает. Беременность и рождение ребенка в этой ситуации, как правило, не укрепляют, а расшатывают семью. Надежды на то, что рождение ребенка поможет улучшить отношения, обычно не сбываются. Как справедливо отмечает C. Whitaker (1989), «при беременности мать ослабляет связь с отцом и все больше и больше занимается значимым другим, растущим в ее утробе», а «непривязанный» отец находит себе иную привязанность — деньги, секретаршу, новую машину или собственную мать. Когда ребенок рождается, мать привязывается к нему еще сильнее. Отец в еще большей степени вынужден прилепиться к чему-то на стороне, пока ребенку не исполнится года полтора. И тогда мать поворачивается к отцу, а его нет рядом. У нее развивается чувство одиночества». В подобной ситуации ранний диалог матери с младенцем характеризуется достаточной глубиной и взаимопониманием, однако неразрешенные конфликты с мужем, его компенсаторное поведение делает женщину тревожной, эмоционально неустойчивой, что сказывается и на отношениях в диаде мать-младенец. Часто это выражается в необоснованных невротических опасениях за состояние здоровья ребенка, может появиться фобия его утраты. При этом возможно формирование как

неустойчивого типа воспитания, так и потворствующей гиперпротекции. Если ребенок очень похож на отца, с которым мать находится в состоянии конфликта, вероятно развитие эмоционального отвержения.

Семейный психотерапевт, работающий с семьей, находящейся на этой стадии развития, должен стремиться способствовать скорейшему наступлению следующей стадии.

3-я стадия знаменуется окончанием противостояния. Иногда это происходит постепенно, иногда — стремительно. Во втором случае после очередного серьезного конфликта, приведшего обоих супругов к пропасти окончательного разрыва, они внезапно осознают невозможность существования друг без друга. Страх потерять супруга заставляет идти на уступки, принимать его таким, какой он есть на самом деле, со всеми недостатками и достоинствами. Чтобы улучшить отношения, партнеры уже не столько пытаются изменить другого, сколько меняют себя. Совместными усилиями определяются и принимаются семейные роли, права, обязанности каждого из супругов. В этот период они начинают больше понимать, уважать друг друга. Отношения постепенно становятся все более и более конструктивными. Вызывающие столько трений сознательные или неосознанные безуспешные попытки создать копию родительской семьи наконец-то оставлены. Начинается строительство по-настоящему новой семьи, имеющей свои вкусы, ритуалы, обычаи, традиции. Начинается взросление семьи, укрепление ее внешних границ от внешних посягательств. Совместное творчество увлекает, сплачивает еще больше. И вершиной этого творчества может стать совместное желание иметь ребенка, а также деятельность, направленная на достижение этой цели. Новорожденный в такой семье желанен, любим. Для родителей он представляет самостоятельную ценность, а не средство манипуляции, позволяющее решать какие-то личные проблемы. Стабильность отношений родителей, пронизанных взаимопониманием, любовью и благодарностью друг к другу, — главный гарант безопасности младенца. В этой стадии условия формирования раннего диалога младенца и матери наиболее благоприятны. Именно при рождении ребенка в этой стадии правомерно говорить скорее не о диаде, а о триаде: мать-младенец-отец. Это связано с тем, что в данном случае отец не чувствует себя лишним и обычно так же, как и мать, устанавливает ранний диалог с ребенком. Условия благоприятны для формирования гармоничного семейного воспитания.

4-я стадия характеризуется стабильностью и всеми особенностями, характерными для заключительного этапа предыдущей стадии. Неудивительно, что через некоторое время после рождения в предыдущем периоде малыша, приносящего столько радости, у супругов возникает желание иметь еще одного ребенка. В периоде зрелой семьи рождение детей происходит в благоприятной ситуации для формирования раннего диалога младенца с родителями, гармоничного воспитания.

5-я стадия, как уже указывалось, часто совпадает с периодом личностного кризиса середины жизни одного или обоих супругов. К этому времени дети подросли, отношения между супругами стали привычными, рутинными, поте-

ряли остроту. Бессознательный страх того, что оставшаяся половина жизни будет сплошь состоять из выполнения семейных и служебных обязанностей, которые порядком надоели, заставляет предпринимать попытки каких-то изменений. Человек нередко пытается выйти за рамки своего жизненного сценария, поменяв работу, семью, место и даже страну проживания.

Если до этого семейная жизнь протекала гладко и супруг достаточно внимателен к своей «половине», то он своевременно понимает, что с любимым человеком происходит неладное, помогает ему справиться с кризисом. В противном случае возникает реальная угроза разрыва. Попытка предотвратить его с помощью беременности и родов, которые иногда предпринимаются одним из супругов (чаще женщиной) или (реже) с обоюдного согласия, к успеху почти никогда не приводят. Ранний диалог с родившимися в результате детьми имеет недостатки, во многом напоминающие отмеченные у рожденных в стадии добрачных отношений, аналогичные отклонения семейного воспитания.

В отличие от других стадий, испытывающие личный кризис супруги, нередко стоящие на грани развода, на этой стадии довольно часто сами обращаются за помощью к психотерапевту. Методики семейной психотерапии, ориентированной на супружескую пару и ее психологические проблемы, призванные помочь супругам преодолеть кризисную ситуацию и достигнуть гармонии во взаимоотношениях, довольно хорошо разработаны.

6-я стадия — заключительная стадия развития семейных отношений, на которой может родиться ребенок. Если семья сумела пережить кризис, иногда отношения между супругами становятся еще более близкими и доверительными, чем до него. Именно в этой ситуации может возникнуть желание родить еще одного ребенка. Так появляются на свет дети, имеющие сибсов, которые старше их на 5-10 лет. Новорожденные любимы, их появление на свет радует всех, включая сестер и братьев. Семейная ситуация благоприятствует формированию раннего диалога, семейное воспитание таких детей чаще всего происходит адекватно, реже — по типу потворствующей или доминирующей гиперпротекции.

Таким образом, формирование типа семейного воспитания во многом зависит от стадии развития семейных отношений, во время которой ребенок был зачат, протекала беременность, произошло родоразрешение: в стадиях 1, 2, 5 чаще возникают отклонения в семейном воспитании, а в стадиях 3 и 6 условия благоприятствуют формированию гармоничного стиля воспитания.

ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ, ОЖИДАЮЩЕЙ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

Взаимоотношения, складывающиеся в семье, ожидающей ребенка, во многом определяют формирование психологического компонента гестационной доминанты.

Задачей психотерапевта, работающего с семьей, ожидающей ребенка, является формирование оптимального типа ПКГД. Решению этой задачи в процессе работы с супругами помогает беседа с ними во время сеанса о будущем ребенке, обучение их приемам общения с плодом (вербального, гаптономического), установления с ним обратной связи. В качестве примера рассмотрим отрывок стенограммы одного из сеансов.

Пример. В сеансе принимает участие женщина на 30-й неделе беременности, ее муж и психотерапевт. Психотерапевт предлагает будущему отцу поговорить с ребенком.

Мужчина. А о чем говорить?

Психотерапевт (кладет руку мужчины на живот жены). Расскажите сыну, какая у него мама, он ведь ее еще не видел.

Мужчина (поглаживая живот). Мама у тебя красивая. У нее серые глаза, пушистые волосы. Ой! Он шевелится...

Психотерапевт. Как вы полагаете, ему нравятся ваши слова?

Мужчина. Нравятся!

Женщина тоже начинает поглаживать живот.

Женщина. Он все понимает!

Психотерапевт. Слова вряд ли, а вот ваши эмоции...да! Расскажите ему, как вы познакомились. Кто первый понял, что нашел свою половину?

Супруги увлеченно вспоминают подробности знакомства, отмечая реакции плода. В конце сеанса психотерапевт предлагает спеть малышу песенку.

Мужчина. А какую?

Психотерапевт. Это вы его спросите.

Женщина. Какую ты хочешь песенку? Молчание...

Психотерапевт. А вы вспомните, какую вы сами любили в детстве.

Женщина (тихо поет). «Спят медведи и слоны...»

Мужчина подхватывает.

Из этого отрывка видно, что в сеансе активную роль играют не только супруги, но и будущий ребенок. Подобные сеансы помогают мобилизовать ресурсы супружеского холона, улучшают коммуникации супругов, готовят их к разрешению будущих проблем, способствуют эмоциональному принятию новорожденного. Данные К. Дольто показывают, что участие отца в разговорах с плодом способствует более полному развитию у плода стереоскопичности в восприятии реальности [Dolto K., 2002].

ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ, ИМЕЮЩЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Грамотная дородовая психопрофилактическая, а при необходимости и психотерапевтическая работа с семьей, ожидающей ребенка, являются хорошей профилактикой нарушений жизнедеятельности семьи, появления нервно-психических нарушений у ее членов, включая новорожденного. Не менее важно способствовать адаптации новорожденного к условиям постнатального су-

ществования, а также интеграции ребенка в семейную систему. За несколько дней до родов в крови матери возрастает уровень адреналина и норадреналина, подготавливающих организмы будущей матери и ребенка к стрессовым воздействиям. Ее психологическое состояние и готовность к родам, знания о том, что будет происходить и что она должна делать, играют очень большую роль в том, насколько успешно пройдет процесс рождения. После родов начинается процесс адаптации ребенка к новым условиям. Если в родах ребенок может получить и, как правило, получает острую психологическую травму, то при неправильном отношении к нему в постнатальном периоде младенец может попасть в хроническую психотравмирующую ситуацию. В результате возможны нарушения процесса адаптации, отклонения и задержки психомоторного развития.

После выписки из родильного дома важной психотерапевтической задачей часто является помощь в четком распределении между членами семьи новых функциональных обязанностей, появившихся в связи с рождением ребенка. Чем гармоничнее отношения между отцом и матерью, тем лучше будет адаптироваться ребенок к новым для него условиям, тем лучше он будет развиваться. Для детей, имеющих родовую травму, это особенно важно.

Одним из основоположников психотерапии новорожденного и его родителей является замечательный французский детский психиатр S. Lebovici. Он записывал свои беседы с родителями новорожденного в его присутствии на видеопленку, а потом вместе с ними просматривал ее. Микроанализ этих документов имеет большое значение и нередко может объяснить многое из прошлого пациентов. Обращалось внимание на то, как мать или отец держали ребенка, смотрели на него, перекладывали, передавали его друг другу. S. Lebovici подчеркивал, что важно не давать им смотреть фильм впервые в ваше отсутствие. Им следует помогать, особенно потому, что порою они могут обнаружить очень тяжелые для себя вещи. Например, мать одной из его маленьких пациенток сказала, увидев себя: «В тот период я была не матерью, я была учительницей». То есть она упрекала себя в том, что не была достаточно любящей мамой. S. Lebovici (1998) так комментировал это: «Мамой она станет уже на третьей, и последней, консультации, пусть виноватой, но мамой. Она осознает это превращение, вначале происходившее неосознанно, лишь на последней консультации. Очень важно, когда родители могут сказать это при ребенке и враче, после того, как он вместе с ними проанализирует видеофильм».

Другой случай, который приводил S. Lebovici.

Пример. Пятимесячный мальчик Матье, отказывающийся идти на руки к матери, наконец соглашается, чтобы она взяла его, после того, как психотерапевт говорит ему о том, какой он красивый, и гладит его по головке. Вот как комментирует это психотерапевт: «После того, как я просмотрел этот эпизод раз пятьдесят, я заметил, что секундой спустя мать поворачивает ребенка ко мне, чтобы я с ее согласия продолжал ласкать его. Этим она говорит мне: «Будьте отцом, ведь мой муж ничего не делает, будьте его отцом». Жест этот

едва заметен, она поворачивает ребенка лицом ко мне и словно говорит: «Действуйте, я даю вам право действовать». Раньше она не давала мне этого права. Муж спокойно сидит, глядя на эту сцену, а потом скажет: «Хорошо, что ему нравится с ней танцевать, потому что я танцевать не люблю...». В случае, о котором я рассказал, ребенок и мама растрогали меня. Я хочу облегчить страдания этой женщины, обвиняющей себя в том, что убила дочь, а теперь по отношению к сыну она винит себя в том, что опасна и для него. Ребенок чувствует это и напрягается. Моя реакция сводится к немногому, я просто говорю: «Ты красивый мальчик», гладя его по головке. Я устраняюсь, когда его мама приемлет позицию матери. Именно моя эмпатия, мое отношение к ребенку и его матери дают малышу возможность воздействовать на мать, заставляет меня воздействовать на нее, причем эмпатия действует таким образом, что его мать побуждает меня к действию. Я смог это осуществить лишь тогда, когда между ними возникло согласие об отведенной мне роли. Эмпатия — это глубокое ощущение, заставившее меня действовать, замещая отца. Потом я, видимо, должен был бы утешить отца и в том, что он не отец, чем я занимался, без сомнения, недостаточно, но, во всяком случае, я сделал так, чтобы мать и ребенок примирились друг с другом. Я защищаю взаимоотношения между матерью и младенцем, создавая между ними эффективное отношение и поддерживая его в тот момент, когда мать чувствует, что я словно мать для нее самой. Естественно, этот жест влек за собой всю перспективу передачи от поколения к поколению. Не надо забывать, что отец говорил: «Я не мужчина, потому что я всего лишь жандарм». А мать рассказывала: «Когда я сказала своей матери, что беременна, она ответила «Я ухожу от твоего отца, он алкоголик». То есть мужчины в этой семье были полностью обесценены. Мне потребовалось восстановить отцовскую линию, я сказал: «Мадам, вы мать прекрасного малыша».

Это было завершением моего длительного интуитивного поиска, в ходе которого я постепенно сформулировал мысль о том, что в отношениях между матерью и ребенком мне необходимо действовать в качестве положительного мужчины».

К перинатальной психотерапии условно можно отнести и психотерапию детей и подростков с нервно-психическими расстройствами, которые перенесли тяжелые фрустрации в течение перинатального периода.

А. И. Захаров (1998) описывает триаду страхов, часто встречающихся у детей, и имеющих, с его точки зрения, непосредственное отношение к перинатальному периоду жизни. К этим страхам он относит страх темноты, страх одиночества и страх замкнутого пространства. Эти страхи А. И. Захаров считает «отражением в эмоциональной памяти травмирующего перинатального опыта в ассоциативно воспринимаемых жизненных обстоятельствах». Им разработана методика семейной игровой психотерапии детей со страхами, состоящая из 3-7 игровых занятий продолжительностью от 1,5 до 2,5 часов. В занятиях принимают участие дети вместе с родителями. В некоторых случаях в играх имитируется процесс родов.

Нарушения поведения усыновленных и удочеренных детей также часто имеют в своей основе неблагоприятное течение перинатального периода. Как правило, они появляются в 3-4 года, в 6-7 лет, в препубертатном и пубертат-

ном периодах. Дети без видимых на то причин начинали воровать, убегать из дома. Психотерапия таких нарушений трудна, длительна, часто отмечаются рецидивы. В большинстве случаев семейная ситуация, особенности семейного воспитания при этом вполне благоприятны. Эти дети могут не иметь выраженных органических поражений ЦНС, которые могли бы объяснить эмоционально-волевые и поведенческие нарушения. От всех этих детей матери отказались в родильном доме. В этих случаях оправдано предположение, что происхождение симптомов связано с нежеланной беременностью, ранней депривациеи, что является показанием для проведения соответствующей психотерапии. Примером ее может случить сеанс игровой семейной психотерапии «Принцесса (принц) подводного царства», в котором принимают участие ребенок и его приемные родители. Этапы внутриутробного развития, схваток, прохождения родового канала во время сеанса были замаскированы метафорами и последовательно разыгрываются. Одна из последних сцен, во время которой родители «вызволяют» ребенка из подводного царства, радуются его появлению, как правило, проходит на эмоциональном подъеме, часто сопровождается слезами. Подобные сеансы способствуют улучшению взаимоотношений между приемными родителями и детьми. У ребенка снижается уровень тревожности, агрессивность, поведение его нормализуется.

Перинатальной психотерапией могут заниматься врачи и психологи, придерживающиеся различных взглядов, представители динамического, когнитивно-поведенческого, экзистенциально-гуманистического направлений. Обязательным условием, которому они должны соответствовать, является прохождение специального обучения и достаточно высокая квалификация.

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение перинатальной психотерапии.
2. Какие существуют разделы перинатальной психотерапии?
3. Какие стадии развития супружеского холона наиболее благоприятны для рождения ребенка и почему?
4. Как проводится психотерапия семьи, ожидающей рождение ребенка?
5. Какую психотерапевтическую методику разработал Серж Лебовиси?

Список рекомендуемой литературы:

1. *Винникотт Д. В.* (Winnicott D. W.) Маленькие дети и их матери (пер. с англ). — М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
2. *Добряков И. В.* Перинатальная семейная психотерапия // Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Питер, 2002. - С. 265-285.
3. *Кондаков В. С, Кондакова Т. Ю.* Психологическая и психотерапевтическая помощь молодой семье. — Ижевск: Митра-Информ, 2000. — 256 с.
4. *Мухамедрахимов Р. Ж.* Мать и дитя: психологическое взаимодействие. — СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. - 288 с.
5. *Швецов М. В.* Новые методы психотерапии при невынашивании беременности. — Пермь: Звезда, 2001. — 293 с.
6. *Шпиц Р.* Психоанализ раннего детского возраста. — М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001. — 159 с.



ДЕТСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ

ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

В истории человеческой цивилизации существовал долгий период, когда страдания людей с эмоциональными расстройствами воспринимались с презрением, и лечение заключалось в подавляющих и наказующих процедурах. Зигмунд Фрейд разработал новый вид терапии, который позволил этим пациентам выразить свое внутреннее смятение и страдания, принесенные ими из далекого прошлого. Он поощрял своих взрослых пациентов свободно высказывать все, что приходит в голову, и обнаружил, что их ассоциации неизменно приводили их к воспоминаниям детства, к важным событиям прошлого. И тогда в драме взрослого конфликта центральной фигурой стал именно ребенок в семейном контексте.

Фрейд пришел к заключению, что обычные повседневные разочарования, накапливаясь, достигают мощности психологической травмы, поскольку в их основе лежит боль, испытываемая ребенком в течение всего периода детства. Печали и обиды детства продолжают жить в бессознательном, усугубляя состояние психического неблагополучия человека. Беспомощность человеческого дитя с его неудовлетворенными потребностями сама по себе является травматичной. Поэтому можно сказать, что невроз — это, чаще всего, не внезапное событие с единичной травматической причиной, но состояние, которое развивалось в течение продолжительного времени и которое тесно связано со всей жизненной историей индивида.

Воссоздав многие важные события детства из анализа взрослых и самого себя, Фрейд обратился непосредственно к детям, чтобы подтвердить и расширить свои открытия. В 1908 г. он попросил своих коллег проводить наблюдения за их детьми, а также изучал своих собственных. В результате этого значение ребенка очень возросло. Теперь ребенок стал рассматриваться не только как источник конфликтов взрослого человека, ребенок стал важен сам по себе. В 1908 г. Фрейд провел (через отца) лечение сына одного из своих коллег, члена вечернего семинара по Средам. Им был пятилетний Ганс, у которого появился страх лошадей. То, как сопереживающе описывает Фрейд своего маленького пациента, свидетельствует о том, что у него уже тогда существовала концепция ребенка как личности. Фрейд настаивал на том, что любопытство и страдания ребенка не должны отметаться как незначимые, наоборот, взрослые должны откровенно давать ребенку информацию и оказывать помощь, там, где он в этом нуждается. Признание Фрейдом ребенка как личности выходило далеко за пределы современного ему знания. Психотерапия маленького Ганса в 1908 г. явилась первым применением технических принципов взрослого анализа к ребенку. Детскому анализу еще предстояло появиться и развить свои собственные формы работы.

Первые попытки использования принципов психоанализа в работе с детьми были сделаны Анной Фрейд и Мелани Клайн в период между первой и второй мировыми войнами. Целью психоаналитической работы с детьми явилось обращение к внутреннему миру ребенка и к бессознательным процес-

сам, которые окрашивают отношения ребенка с его окружением. Практика обеих психоаналитиков: и Анны Фрейд, и Мелани Клайн, — представляла собой редкое сочетание непосредственного наблюдения за детьми и психоаналитической теории. Эти два принципа остаются центральными в профессиональной деятельности детского психоаналитика и до сих пор. За годы, прошедшие со времен Анны Фрейд и Мелани Клайн, детский психоанализ выделился в самостоятельное научное направление, со своими принципами и формами клинической работы, со своими теоретическими школами и методами исследования.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Психоанализ — это метод лечения психических расстройств у детей путем выяснения взаимодействия сознательных и бессознательных элементов психики и переведения подавленных чувств и конфликтов в сознание. Психоанализ невозможно описать, не прибегая к понятиям внутреннего и внешнего мира, переноса и контрпереноса, к понятию психологических защит и контейнирования. Именно эти понятия очерчивают специфику психоаналитической работы. Психоанализ и психоаналитическая психотерапия не нацелены на решение конкретных проблем, предъявляемых пациентом, или на работу с симптомом, в отличие, скажем, от бихевиоральной или когнитивной психотерапии. Целью психоаналитической работы с детьми является восстановление нормального хода эмоционального развития. Часто для восстановления нормального хода развития ребенка оказывается достаточным применение к проблеме системного подхода, направленного на изменения в семейной системе. Однако нередки случаи, когда даже после успешной работы и восстановления оптимальных границ и иерархии в семье, ребенок, тем не менее, не может перейти к более конструктивному и зрелому отношению к себе и к окружающему миру. Тогда-то терапевтическим показанием и может стать психоанализ, который позволит ребенку вместе с психотерапевтом исследовать свои переживания по отношению к себе и к миру, выявить происхождение таких отношений и подойти к возможности их изменения.

Разумеется, и взрослый, и детский психоанализ имеют много общего. Цели терапии одинаковы и для взрослых, и для детей. Способы достижения изменений также сопоставимы. Однако важно помнить, что ребенок есть личность незрелая, находящаяся в процессе постоянного развития. Психоаналитик, работающий с детьми, всегда должен учитывать этот процесс развития и роста. Знание теории психоанализа позволяет понять особенности личности ребенка, выделить прогрессивные и регрессивные характеристики в его поведении и отношениях. Более того, детский психоаналитик знает, что, хотя поступательное развитие всегда есть успех для ребенка, движение вперед неизбежно влечет за собой потери. Так, ребенок, который научился ходить, сделал огромный шаг вперед к обретению независимости, однако при этом он вынуж-

ден отказаться от уютной зависимости беспомощного младенца, когда за ним любовно ухаживала мать, выполняя его желания. Достижения развития обязательно содержат утраты комфортных состояний, ставших привычными на предыдущей фазе развития. Поэтому одной из составляющих нормального развития является возникновение у ребенка в периоды стресса регрессивных тенденций, то есть возвращения к поведению и реакциям, характерным для более ранних стадий развития [Freud A., 1965].

Дети и подростки, направляемые на психоанализ, имеют проблемы различной тяжести и различного содержания. Конкретная история развития будет различаться у каждого ребенка. Однако всех их объединяет тот факт, что внутренний эмоциональный ландшафт нарушен. Чтобы разобраться в существующих нарушениях, детский психоаналитик обращает внимание, в первую очередь, на следующие параметры развития ребенка.

1. Сердцевиной эмоционального развития ребенка являются взаимоотношения ребенка с окружающими людьми и его отношение к самому себе. Качество отношений с другими строится на основе сознательных, бессознательных сил и опыта, который ребенок получил в ходе своего развития. Следовательно, в большой степени эмоциональное развитие будет зависеть от жизненного опыта. Однако картина во многом оформляется и внутренними представлениями ребенка о взаимоотношениях и о себе.

2. Другим важным показателем эмоционального благополучия или неблагополучия является способность регулировать свои внутренние импульсы и чувства и справляться с ними. Эта способность формируется на основе постоянного присутствия взрослого, последовательного в своей заботе и настроенного на эмоциональные потребности ребенка.

3. В процессе развития ребенка формируется еще одна важная способность — способность выстраивать психологические защиты против боли, тревог и неприемлемых желаний. Эти психические механизмы являются частью нормального развития, и каждый человек их использует. Однако иногда интенсивность отдельных защитных механизмов может достигать такой выраженности, что у ребенка появятся определенные социальные ограничения. Например, ребенок может настолько глубоко погрузиться в мир фантазий, что окажется не в состоянии справляться с повседневной интенсивной учебной нагрузкой или поддерживать контакты со сверстниками.

4. Когда мы думаем о способностях ребенка адаптироваться к меняющимся требованиям и условиям реальности, мы не можем не учитывать развития Эго ребенка. Способности Эго — это целый спектр когнитивных способностей, помогающих ребенку ориентироваться в мире реальности, таких как способность обдумывать, размышлять, общаться с помощью речи. Кроме того, с помощью защитных механизмов Эго ребенок развивает способы регулировать свой внутренний мир. Дети с низким уровнем развития способностей Эго часто неуспешны в школе, хотя учителя признают их несомненный интеллектуальный потенциал. Например, учителям хорошо знаком тип классного клоуна, ребенка, который паясничает, особенно когда испытывает трудности в деятельности. Причины отставания в Эго-развитии могут быть различны, однако часто

они связаны с ранним развитием ребенка, которое не обеспечило необходимых условий для полноценного развития Эго.

Итак, размышления о развитии ребенка должны принимать во внимание множество разных аспектов. Чем большее количество областей развития ребенка имеет проблемы, тем больше необходимость в интенсивной психоаналитической работе.

В результате успешной психоаналитической терапии ребенок сможет научиться выносить болезненные стороны своего опыта, а не заслоняться от них, выражая невысказанную боль в симптомах. В процессе терапевтических взаимоотношений ребенок сможет интернализовать способности к принятию, рефлексии и пониманию себя. Вследствие создания новых объектных отношений с психоаналитиком сформируется и новое отношение к самому себе. Каковы же составляющие психоаналитической работы с ребенком?

В самом центре психотерапевтического контакта — необходимость защищать конфиденциальность ребенка-клиента. В работе с взрослыми пациентами конфиденциальность достижима легче, поскольку контакт терапевта с другими людьми из окружения пациента минимален. В работе же с детьми терапевту приходится регулярно поддерживать контакт со значимыми для ребенка взрослыми. Сложность терапевтической работы с детьми заключается в том, что необходимо найти баланс между необходимостью соблюдать конфиденциальность ребенка и в то же время полноценно общаться с его родителями и семьей.

СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР РЕБЕНКА

Предметом работы в детском психоанализе является субъективный мир ребенка. Родителям хорошо знакомо переживание, когда их действия по отношению к ребенку, вызванные самыми лучшими намерениями, воспринимаются ребенком неожиданно болезненно или враждебно. Это противоречие объясняется тем, что существуют две формы опыта: опыт объективный, внешний, и опыт субъективный, переводящий внешний опыт на язык внутренних репрезентаций, мыслей, чувств. Мир внешний всегда воспринимается через фильтр внутреннего мира, который в свою очередь формируется на основе реального жизненного опыта человека. Чем раньше в течение жизни ребенка произошло какое-либо событие, тем более прочным, хотя и иррациональным, будет его влияние на субъективный мир. Это влияние выходит далеко за пределы детства, окрашивая восприятие мира и взаимоотношения уже взрослого человека.

Внутренний мир — это глубоко личный мир мыслей, фантазий и чувств, многие из которых трудно или невозможно выразить даже самому себе, не говоря уже о других людях. Это мир многоуровневый, где слои четко сформулированных сознательных установок переходят в фантазии и мысли, свободные от социальных запретов и ценностей, где также существуют слои жела-

ний и чувств, полностью не осознанных самим человеком. Основным допущением, делающим возможным психоаналитическую работу, является признание существования *бессознательного* — части психического, которая недоступна сознательному уму, но влияет на поведение и чувства. Бессознательное является значительной и влиятельной частью внутреннего мира ребенка.

Внутренний (или субъективный) мир ребенка формируется в процессе развития очень постепенно как следствие процессов биологической и психологической адаптации. В процессе своего развития человек создает целый мир схем, или репрезентаций, которые структурируют входящую сенсорную информацию в осмысленные образы восприятия [Sandler **J., 1987]. В** ходе развития ребенок создает стабильные образы объектов, существующих во внешнем мире. Эти образы располагаются внутри репрезентативного мира ребенка, но относятся к тому, что ребенок выучивает переживать как «внешний мир». Репрезентативный мир — это нечто большее, чем образы объектов или предметов. Репрезентация может рассматриваться как более или менее длительное образование (схема), построенное из множества впечатлений. У ребенка имеется множество «образов» матери: мама кормит, разговаривает, сидит, встает, готовит еду и т. д. На основе всех этих образов постепенно выстраивается репрезентация матери, которая охватывает весь спектр материнских образов, каждый из которых имеет бирку «мама».

Репрезентативный мир может быть сравнен со сценой в театре. Действующие лица на сцене представляют собой различные значимые для ребенка объекты, а также его самого. Героем пьесы обыкновенно является сам ребенок. В то время, как персонажи на этой сцене относятся к репрезентациям себя и объекта, их конкретная форма и выражение в каждой конкретный момент пьесы относятся к образам себя и объектов [Sandler J., 1987].

Именно этот «театр» внутреннего мира и является предметом работы в психоанализе. При психоаналитической работе с взрослыми внутренний мир пациента постигается через свободные ассоциации и сновидения. Ребенок не всегда может рассказать о своих чувствах и мыслях, как это сделал бы взрослый пациент. И все-таки в распоряжении ребенка есть средства, с помощью которых он сообщает о своем личном опыте. Прежде всего, это различные **формы поведения.** Дети ведут себя очень по-разному, сообщая тем самым о своих переживаниях и опыте, который, либо в силу недостаточного речевого развития, либо в силу своей травматичности, не может пока быть назван словами. Например, ребенок может постоянно отказываться покидать кабинет психотерапевта, косвенно выдавая тем самым свой страх расставания, страх быть покинутым.

Кроме того, дети используют **игру,** которая помогает им проигрывать значимые события или значимый опыт их жизни. Цели детской игры разнообразны: это и тренировка навыков для будущей жизни, и экспериментирование с целью познания социальной действительности. Также игра может быть способом справиться с тревогой и внутренним конфликтом. Например, дети часто играют в дочки-матери, в семью, снова и снова воспроизводя подробности семейных ссор или важного события. Или, после посещения зуб-

ного врача, можно наблюдать, как ребенок в игре сам становится стоматологом, делая пациентом своего мишку. Символическая игра отражает способность ребенка к репрезентации пережитого опыта и, таким образом, к выведению своих страхов и беспокойства наружу, чтобы с ними стало возможно справиться. Игра является необходимой предпосылкой и предтечей взрослой способности обдумывать и справляться с переживаниями с помощью психических средств, а не с помощью действий или нерегулируемых эмоциональных взрывов. Способность ребенка символически выражать тревогу посредством игры является дорогой к внутреннему бессознательному конфликту, и рассматривается детским психотерапевтом как важный канал коммуникации ребенка. В случаях, когда ребенок не способен к символической игре, первоочередной задачей психотерапевта будет содействовать развитию этой способности с помощью усиления незрелого Эго ребенка и формирования у него надежной привязанности.

Еще одним способом ребенка сообщить о своих переживаниях является **отношение к психотерапевту.** Опыт отношений ребенка со значимыми фигурами его жизни воспроизводится в отношениях с психоаналитиком, формируя **перенос.** Перенос — это специфическая иллюзия, которая развивается по отношению к другому человеку, и неизвестна субъекту, поскольку этот процесс совершается бессознательно. Перенос несет черты повторения взаимоотношений к значимой фигуре из прошлого, но переживается субъектом не как повторение прошлого, а как принадлежность настоящего и по отношению к данному конкретному человеку. Таким образом, терапевт начинает представлять значимые фигуры из прошлого пациента, в особенности родительские фигуры. Так же, как и взрослый пациент, ребенок-пациент переносит на своего аналитика как позитивные, так и негативные мысли и эмоции. В результате активизируются специфичные для данного пациента тревоги и болезненные конфликты. Становится возможным их проработка в рамках актуальных отношений переноса в настоящем. Вследствие терапевтической проработки возникают эмоциональные изменения, которые постепенно генерализуются и становятся частью личностного репертуара ребенка в повседневных отношениях. Например, всем пациентам временами кажется, что их психоаналитик слишком безразличен к ним. Пациент может обвинить психоаналитика в том, что ему нет никакого дела до пациента, что он встречается с ним только из-за денег. Однако, если совместное пребывание с пациентом окрашено сопереживающим внимательным слушанием, тогда эти жалобы могут быть поняты как содержащие важную информацию о самом пациенте, о том, как пациент переживает взаимоотношения со многими людьми. Возможно, и в обычной жизни ему представляется, что людям до него нет никакого дела или они проявляют к нему интерес, только когда он зачем-то нужен им самим. Проявления переноса — это необходимая составная часть общего отношения ребенка к аналитику. Существовало и до сих пор существует много споров, могут ли дети испытывать невроз переноса. Большинство детских аналитиков сообщают, что у детей образуются преходящие неврозы переноса, однако они длятся меньше, чем у подростков или

взрослых. Частично ожившие конфликты у ребенка направляются на исходный объект любви, на родителей. Тем не менее, психотерапевт может стать очень значимой фигурой в жизни ребенка.

И, наконец, невозможно не упомянуть о противопереносе. **Противоперенос** — это еще один важный путь, через который дети дают нам знать о своих чувствах. Например, переживание ненужности, никчемности и беспомощности, которое когда-то переживал ребенок, но которое было столь тяжелым, что было вытеснено и не присутствует в переживаниях самого ребенка, может проявиться теперь как переживания самого психоаналитика. Он становится своего рода вместилищем неприемлемых чувств, например, чувства утраты, потери, разлуки. Эти чувства, переживаемые психоаналитиком как собственные, представляют собой постоянное испытание для личности психоаналитика. Однако эти чувства есть необходимый инструментарий в работе детского психоаналитика.

Подводя итог сказанному, можно обобщить, что дети способны описать события своего прошлого или настоящего, но вместо речи они преимущественно используют **действия как средства коммуникации.**

На коммуникации ребенка о своем субъективном мире детский психоаналитик отвечает **профессиональными воздействиями.**

Важнейшим терапевтическим средством является использование разнообразных аспектов **аналитических взаимоотношений.** В начале терапии между психоаналитиком и ребенком должен сформироваться *терапевтический альянс (союз).* Ребенок должен осознанно воспринимать терапевта как человека, который хочет помочь ему в преодолении трудностей. Частично этот терапевтический альянс основан на объективном восприятии ребенком терапевта как человека, пытающегося ему помочь, а частично — на позитивном переносе и замещениях. Этот аспект отношений является неспецифическим фактором в психоанализе, поскольку необходим для психотерапии любого вида. Однако определенные аспекты взаимоотношений ребенка с психотерапевтом являются сердцевиной психоаналитической работы и основным инструментом психического изменения. Шаг за шагом эмпатическая настроенность аналитика и обеспечение им безопасного окружения способствует психической переработке и реорганизации, необходимой для достижения терапевтического эффекта у ребенка. На первый взгляд, это может показаться нелогичным: ребенок приходит на прием к психотерапевту в связи с трудностями в его взаимоотношениях с близкими или сверстниками, он играет или говорит именно об этом, и все-таки основные изменения в его отношениях с миром будут связаны с происходящим в кабинете психоаналитика, с его взаимоотношениями с взрослым «здесь и теперь». Психотерапевтические взаимоотношения в значительной степени отличаются от взаимоотношений за стенами психотерапевтического кабинета. Прежде всего, эти отношения не носят характера взаимности: психоаналитик не делится своими чувствами с пациентом, его личная жизнь остается полностью в тени. При этом психоаналитик прикладывает усилия к тому, чтобы в течение всей сессии быть эмоционально доступным пациенту и направлять свои мысли именно к данному

пациенту. Во-вторых, эти взаимоотношения не возникают и не заканчиваются спонтанно: ребенок-пациент приходит на прием в определенные дни, в заранее оговоренные часы, на точно обозначенное время (обычно 50 минут). В-третьих, местом возникновения этих взаимоотношений являются не дом, не естественное окружение ребенка, не медицинский кабинет, а специальная комната, предназначенная именно для такого рода работы. Каждая психоаналитическая встреча является уникальной производной от встречи чувств и мыслей психоаналитика и пациента. Рабочим инструментом психоаналитика являются только его эмоциональная восприимчивость и предоставление своего психического пространства для осмысления опыта пациента, как в прошлом, так и в настоящий момент.

Поскольку взаимодействие между психоаналитиком и пациентом является базисом психотерапевтической работы, принципиально важной составляющей профессионального обучения психоаналитика является прохождение им собственного анализа с опытным психоаналитиком, с достаточной частотой (не менее 3-4 раз в неделю) и в течение длительного периода времени. Продолжительный период личного анализа необходим для того, чтобы психоаналитик сумел детально и глубоко разобраться в собственном внутреннем мире, узнал и понял характерные для него самого эмоциональные отклики и реакции во взаимоотношениях с людьми. Требование личного психоанализа оформилось исторически довольно рано (в 1918 г., на Будапештском Конгрессе Международной Психоаналитической Ассоциации), когда самые первые психоаналитики, исходя из опыта работы с пациентами, вынуждены были признать, что их собственный внутренний мир мог оказывать значительное влияние на восприятие и понимание внутреннего мира пациента, а, следовательно, и на формирующиеся взаимоотношения.

Другим центральным средством психоаналитического вмешательства является **вербализация,** проговаривание. Прежде всего, описание того или иного жизненного опыта в словах позволяет сделать данный опыт для ребенка более понятным и осмысленным. Кроме того, в процессе общения с ребенком аналитик вербализует то, что он видит, с тем, чтобы пациент тоже мог это увидеть. Например, детский психотерапевт может просто прокомментировать игру ребенка, назвав испытываемые ребенком чувства. В других случаях терапевт может обозначить центральную тему, постоянно возникающую в чувствах и мыслях ребенка. Или психоаналитик может прокомментировать непоследовательность в действиях ребенка, или обратить внимание, как тесно взаимосвязаны разные вещи. В соответствии с недирективным подходом психоанализа принципиальным для терапевта является именно следование за мыслями и чувствами ребенка, ни в коем случае не введение от себя тем, которые, по мнению терапевта, *должны* являться важными для ребенка. Работа начинается всегда с внимательного наблюдения за ребенком и осмысления всех его проявлений. Затем терапевт комментирует то, что он увидел и следит за ответной реакцией ребенка, в словах, игре или действиях. Эти комментарии не должны быть догматичными. Скорее они должны выглядеть как темы, о которых, возможно, имеет смысл поразмышлять, поскольку они могут быть

полезны или даже интересны для ребенка. Развитие любознательности и рефлексии у ребенка является важной составной частью процесса психотерапии. Принципиально важным является умение детского аналитика разговаривать с ребенком так, чтобы его сообщения были поняты ребенком и были ему эмоционально созвучны.

Таким образом, психоаналитик постепенно знакомит пациента с характерными для него реакциями, то есть с психологическими защитами, типичными для его личности. Давая пациенту возможность понять, что у него существуют защиты, аналитик делает важный шаг к последующей их интерпретации. Интерпретации — это процесс перевода в слова (а, следовательно, осознание и узнавание пациентом) фантазий, аспектов взаимоотношений, тревог, конфликтов, которые ранее находились в подавленном состоянии в бессознательном, поскольку были неприемлемы для личности. **Интерпретации** направлены на то, чтобы ребенок-пациент смог узнать цель своих защит, открыто взглянуть на бессознательный материал, против которого раньше он защищался, непосредственно обратиться к внутреннему конфликту. Для Фрейда этот процесс перевода бессознательного в сознательное был центральным инструментом психического изменения. В настоящее время психоаналитики считают, что во многих случаях такие интерпретации сами по себе становятся возможными лишь в результате длительного подготовительного периода психотерапии.

Когда ребенок находится в очень тревожном состоянии (вызванном либо реальной внешней ситуацией, либо внутренним психическим состоянием), тогда интерпретации и другие формы вербального понимания просто невозможны. Иногда ребенок может настолько мощно использовать защиты, что слова терапевта тонут в гиперактивной деятельности пациента. Либо же ребенок может быть настолько расстроен, что слова просто не могут быть им услышаны. Иногда и психотерапевту бывает трудно мгновенно найти слова, чтобы выразить всю боль, о которой сообщает ребенок. В других случая ребенок может выражать захлестывающий его гнев (иногда вследствие паники или тревоги, охватывающей его) вовсе не словами, а начать ломать игрушки, или обстановку кабинета, или даже нападать на терапевта. Когда такого рода чувства грозят перелиться через край и затопить пациента, то психотерапевт сначала попробует просто выдержать, **«контейнировать»** чувства, которые ребенку кажется невыносимыми. «Эта ступень предшествует периоду исследования, когда уже можно разговаривать о сообщаемом. Отличительной чертой контейнирования как процесса является эмпатический ответ пациенту в безоценочной форме, в сочетании с попыткой понять и отразить то, что происходит в данный момент между ними. Это больше, нежели просто впитывание (принятие) боли пациента. Это попытка психотерапевта использовать свой ум для того, чтобы думать о том, что переживается пациентом как непостижимое и при этом оставаться в контакте с этими чувствами, выражаемыми пациентом как непереносимые. Контейнирование может постепенно снизить остроту чувств или мыслей до уровня переносимых. Контейнирование — это способность воспринять, вынести, выжить и попытаться осмыслить и по-

нять эти чувства. Отражая обработанные таким образом чувства, психотерапевт способствует тому, что пациент становится способен выносить и принимать эти чувства». (The Handbook of Child and Adolescent Psychotherapy).

Формы и содержание работы меняются в зависимости от возрастного периода развития ребенка. Ребенок предлатентных фаз более или менее явно обнаружит свои конфликты в игре, позволяя достаточно быстро подойти к интерпретациям. Анализ ребенка латентного возраста — задача более сложная. Аналитик не должен помешать процессу сублимации. Также потребуется больше терпения, поскольку приходится ждать тех нечастых сессий, когда возможны интерпретации (когда ребенок сможет их услышать). Психотерапевт предподросткового пациента тоже должен проявить максимум терпения, но по другой причине. Неугомонное, провокационное поведение или молчание пациента будет серьезным испытанием стабильности психотерапевта. Однако, несмотря на существование различий, все-таки сходства в терапии детей разных возрастных периодов больше. Как уже упоминалось выше, это и задачи работы, и методы взаимодействия с ребенком, и средства достижения терапевтического изменения, а также обязательность работы с родителями.

Специфической чертой детского психоанализа, отличающей его от психоанализа взрослых, является необходимость контакта психотерапевта с родителями. Дети попадают на прием к психотерапевту только потому, что их приводят родители. Значение родителей для успеха психоаналитической терапии ребенка трудно переоценить. Родители должны быть способны общаться с психоаналитиком по поводу практических вопросов, сообщать важную информацию. Они должны суметь поддерживать некоторую отстраненность от ребенка, с тем, чтобы не вмешиваться в психотерапевтический процесс. Они должны быть готовы к изменениям в ребенке и не прервать анализ. Общепризнанным является тот факт, что родители пациента находятся в очень сложной ситуации. Они должны поддерживать терапию, в то время как сами они фактически исключены из процесса терапии и не знают тонкостей отношений между терапевтом и ребенком. Поэтому чрезвычайно важной является поддержка психоаналитиком родителей ребенка-пациента, помощь им в осмыслении хода терапии.

Детский психоаналитик должен иметь в виду не только пациента-ребенка и его родителей, но обязательно и третий компонент: родительско-детские отношения. Если отношения между детьми и родителями нарушены, как это часто бывает у детей-пациентов, то психоаналитик легко ранит этот уязвимый союз просто фактом своего появления. В таких случаях у одного или другого участника легко возникает ощущение «неверности», и для того, чтобы защитить хрупкий союз, родители и пациент бессознательно объединяются и «выталкивают» психотерапевта. Именно с этим могут быть связаны случаи прерывания работы, даже если она была вполне успешной. Особенно часто это происходит, когда вследствие психоаналитической работы ребенок входит в контакт со своими ранее подавленными чувствами или начинает процесс отделения от родителей. Дети-пациенты не в состоянии удерживать свои

проблемы только в рамках терапевтического сеттинга. Когда они прорабатывают травматичные чувства и события из своего прошлого, они также выражают это через нарушение отношений с родителями или в школе. Дети могут стать неуправляемыми, капризными, провокационными. Это приводит к необходимости постоянной работы с родителями для объяснения им причин этих явлений и поддержки. В работе с родителями психоаналитик предлагает модель того, как следует реагировать на дистресс ребенка. Ключевыми моментами являются: 1. Формирование и поддержание надежной рамки (сеттинга), в которой становится возможным говорить об очень расстраивающих вещах. С этой целью встречи с родителями проходят регулярно и в одном и том же месте. 2. Другим важным моментом являются выработка совместно с родителями общего языка для описания болезненных эмоциональных состояний. Нахождение слов для выражения боли само по себе имеет терапевтический эффект, поскольку обеспечивает некоторое утешение через ощущение, что ты был понят и, следовательно, уже не одинок в своей боли. Многие родители находят дополнительные силы для понимания собственных детей через собственный опыт быть понятыми. Только в результате этого родители могут начать работать над обретением способов размышления над чувствами, что, возможно, для них самих явилось чем-то новым. 3. В-третьих, это работа над границами. Существуют различные аспекты понятия границ: различия между родителями и детьми, принятие раздельности их существования, признание собственной отдельности от другого, принятие различий между взрослыми и детскими аспектами собственной личности — все это требует прояснения и проработки в терапевтической среде. 4. В-четвертых, это необходимость признания сложности и неоднозначности эмоциональной сферы и близких взаимоотношений. Работа над этим включает в себя исследование внутреннего мира, взаимоотношений субъективной и объективной реальностей. Кроме того, при этом в сферу внимания обязательно попадают не только родительско-детские, но и супружеские отношения, влияние их на формирование детской личности. 5. И, последнее, — это работа над тем, чтобы пытаться понять смысл поведения. Справиться с желанием обвинять и отвергать неприемлемые качества в нас самих и в других легче, если мы находим смысл в своих деструктивных импульсах.

К критериям, позволяющим думать об окончании психоанализа ребенка, относятся: уменьшение тревожности, снижение доли аутоагрессивных и самоповреждающих защит, восстановление адекватного возрасту эмоционального развития, включая соответствующее возрасту функционирование, улучшение отношений ребенка с семьей и сверстниками, чувство самопринятия, включающее появление жизненной перспективы, увеличившаяся способность думать о своих чувствах и чувствах других.

К трудностям, связанным с окончанием терапии, можно отнести ситуации, когда симптоматическое улучшение уже наступило (например, прекратился энурез или ночные кошмары), однако психотерапевт находит, что у ребенка до сих пор сохраняется множество неразрешенных тревог или актуальный внутренний конфликт. Проблема здесь заключается в том, что если прекра-

тить лечение на этом этапе, то тревоги станут непереносимыми вновь, и возможно, старые симптомы вернутся вновь или же на их месте возникнут новые. Другими словами, процесс выздоровления и роста, начавшийся в терапии, не сможет пока продолжаться сам по себе, без терапевтической поддержки. Данную ситуацию можно сравнить с приемом только половины курса антибиотиков при лечении инфекционного заболевания. Таким образом, основанием, на которое ориентируется терапевт при принятии решения об окончании терапии, является возникновение важных и устойчивых психических изменений у пациента так, чтобы они стали неотъемлемой частью личности пациента.

При окончании терапии ребенок переживает утрату ставшего важным для него человека. Длительность психоаналитического лечения варьирует от нескольких месяцев до нескольких лет. За это время психоаналитик успел стать для ребенка реальной значимой фигурой. Так что окончание анализа и прекращение отношений с психоаналитиком является для пациента утратой реальной. Терапевт, родители и ребенок договариваются о дате окончания работы, при этом важно, чтобы период прощания был достаточно длинным для проработки ребенком чувств печали и утраты по поводу расставания. В зависимости от формы терапии это период может варьировать от нескольких недель до нескольких месяцев. Чувства грусти и потери, а возможно гнева, обиды и ревности могут актуализировать переживания, связанные с прошлыми потерями в жизни ребенка. Этот период в терапии является чрезвычайно важным. Он дает возможность вновь исследовать и проработать прошлые утраты, пережить новый опыт расставания в терапевтической среде.

Тем не менее, для развития ребенка чрезвычайно важна приобретенная способность расставаться без парализующего чувства утраты, а с надеждами и желанием начать новую главу своей жизни. Для того, чтобы идти вперед, надо уметь отпускать взаимоотношения, которые перестали быть необходимыми. Если терапия прошла успешно, то во многих смыслах ребенок к моменту ее окончания уже перерос необходимость в терапии и готов дальше двигаться по жизни самостоятельно.

В детском анализе необходимо считаться с возможностью нового прихода ребенка через некоторое время. Обычным является новое появление ребенка на более поздних стадиях развития. И, может быть, тогда он сможет работать с конфликтами, с которыми не мог раньше.

Детский психоанализ — это четко очерченный метод (длительность, интенсивность, использование интерпретаций и переноса). В традиционном детском анализе аналитик обычно работает с ребенком 4 раза в неделю и встречается с родителями 1 раз в неделю. Однако в последние годы все большее распространение находят формы психоаналитически ориентированной психотерапии. В этом варианте использование интерпретаций более ограниченное. Большее внимание обращается на тестирование реальности (адекватные связи с реальностью) и отношения ребенка со своим окружением. В анализе на это обращается меньше внимания.

Подводя итоги сказанному о детском психоанализе, следует сказать: с помощью психоаналитического процесса постепенно создается возможность пе-

рехода ребенка на более зрелый уровень защит. Многие защиты изменяют свои функции и превращаются в механизмы адаптации. Эго становится более зрелым, и ребенок приобретает способность регулировать соотношение своих желаний и возможностей реальности, откладывая удовлетворение своих импульсов до адекватного момента. На место принципа удовольствия в функционировании приходит принцип реальности. Постепенно ребенок становится способен перерабатывать и выражать свои чувства не на соматическом или поведенческом уровне, а на психическом уровне и с помощью психических средств (например, речи). Вместе с изменением защитной структуры, пациент сможет разрешить себе большее инстинктивное удовлетворение, более адаптивным способом. Психоаналитическое лечение часто становится важным средством, препятствующим формированию стойких нарушений и патологических защит. Психоанализ не является методом достижения устойчивого ощущения благополучия. Однако он вооружает ребенка способами справляться с неизбежными жизненными проблемами, делает возможной задачу психической переработки нового, пусть не всегда легкого опыта, дает возможность дальнейшего интеллектуального и эмоционального развития.

В настоящее время психоанализ занимает на рынке психотерапевтических услуг не более 10-15%. Это связано с тем, что эффективность его оказалась меньшей, чем ожидали разработчики этого метода психотерапии. Карл Витикер и Мара Сельвини Палаццоли — крупнейшие фигуры в семейной психотерапии — оставили психоанализ вследствие разочарования в его эффективности.

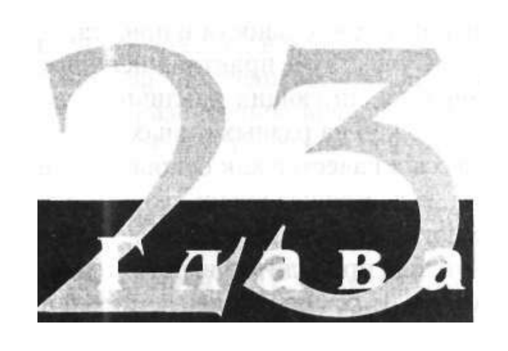
Другая ситуация в детском психоанализе, доказавшем не только свою высокую эффективность при лечении нервно-психических расстройств, но и занявшем свое высокое место среди других методов психотерапии.

Контрольные вопросы

1. Расскажите, каковы цели и задачи психоанализа как вида психотерапии.
2. Какие параметры развития ребенка должен учитывать психотерапевт при решении вопроса о необходимости психоанализа?
3. Что такое репрезентативный мир?
4. Назовите способы ребенка сообщить о своем жизненном опыте.
5. Что такое перенос и противоперенос в детском психоанализе?
6. Какие Вы знаете профессиональные воздействия в детском психоанализе?
7. Укажите этапы психоанализа.

Список рекомендуемой литературы

1. Психоаналитические термины и понятия / Под ред. Б. Э. Мура и Б. Д. Файна. — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 298 с.
2. *Хельмут Томэ, Хорст Кэхеле.* Современный психоанализ. Теория и практика. (2 тома). — М.: Изд. группа «Прогресс-Литера», изд. агентство «Яхтсмен», 1996. - Т. I. - 575 с. Т. II. - 773 с.
3. *Фрейд А.* Психология «я» и защитные механизмы. — М.: Педагогика Пресс, 1993. - 135 с.
4. *Фрейд З.* Анализ фобии пятилетнего мальчика // Фрейд З. Психология бессознательного. Сб. произведений. — М.: Просвещение, 1990. — С. 39-123. - 448 с.
5. *Фрейд З.* Три очерка по теории сексуальности // Фрейд З. Психология бессознательного. Сб. произведений. — М.: Просвещение, 1990. — С. 124-202. - 448 с.



ИГРОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Игровая психотерапия (ИПТ) — это онтогенетически ориентированный метод лечебного воздействия на психику больного специально обученным психотерапевтом, ставящим перед собой задачи диагностики, лечения и (или) реабилитации, достигающим психотерапевтического контакта и решения этих задач путем организации, исследования, интерпретации и структурирования игровой деятельности пациента.

Существует практика использования сочетания методик игровой психотерапии, имеющих различное теоретическое обоснование. Их применение возможно на разных этапах психотерапевтического, реабилитационного процесса в качестве как основных, так и вспомогательных.

В настоящее время сложилась парадоксальная ситуация. Практически во многих детских лечебных и педагогических учреждениях можно услышать, что там проводится игровая психотерапия. Однако актуальными остаются слова Д. Б. Эльконина, который в 1978 г. писал о том, что, несмотря на широкое распространение «игровой терапии», «специальных исследований по этой проблеме очень мало, буквально единицы». Знакомясь с современной литературой, посвященной игровой психотерапии, легко можно убедиться в отсутствии единого понятийного аппарата, терминологии. Иногда говорят об «игровой психотерапии» (ИПТ). Чаще, как это принято за рубежом, об «игровой терапии» (ИТ) (play therapy). Строго говоря, первое словосочетание является более правильным, так как игровая терапия понятие более широкое, включающее, например, игровые методики проведения занятий по лечебной физкультуре. Кроме того, необходимо помнить, что, как справедливо отмечает V. Oaklender (1977), далеко не каждая игра является терапевтической. Необходимость уточнения определения игровой психотерапии очевидна. Встречаются интересные работы, посвященные самой игре, так называемым «деловым играм», «психокоррекционной игротерапии». Нередко авторы не проводят четкой грани между психокоррекционной работой и психотерапией, что неверно, так как психологическая коррекция и психотерапия имеют «разноуровневый динамический характер соотношения задач и методов» [Карвасарский Б. Д., 1998].

По **количеству обслуживаемых одновременно пациентов** можно выделить *индивидуальную* и *групповую* игровую психотерапию. Группа может носить как открытый, так и закрытый характер. Групповые занятия могут проводиться по моно- и бифокальному типу. Отличие ИПТ от групповой психотерапии, на сеансах которой, как правило, применяются некоторые игровые методики, состоит в том, что основным инструментом лечебного воздействия при групповой психотерапии являются отношения в группе и ее динамика, а при проведении ИПТ они не играют ведущей саногенной роли.

Кроме того, очень интересным направлением является *семейная* ИПТ. В рамках семейной психотерапии возможно проведение сеансов со всей семьей

или несколькими ее членами, а также в группе, состоящей из родителей и детей разных семей. Проведение сеансов семейной ИПТ, как правило, осуществляется амбулаторно. Родители с детьми приходят из дома, а потом возвращаются обратно. Однако существуют две модели и стационарной семейной ИПТ помощи. В первом случае члены семьи, участвующие в психотерапевтическом процессе, госпитализируются вместе. Такой вариант может применяться, например, при супружеских дисгармониях, наличии сексуальных проблем. В клиниках санаторного типа возможна организация отдыха и стационарной ИПТ семей с детьми. Вторая модель предполагает госпитализацию одного из членов семьи и посещение сеансов остальными участниками психотерапевтического процесса в назначенное врачом время. Последняя форма применялась нами во время роботы в детском психоневрологическом санатории «Комарове».

По **стилю проведения сеансов** различают *директивную* и *недирективную* ИПТ.

По **организации сеанса** можно отграничить формы ИПТ, ориентированные на *применение игрушек («play therapy with toys»),* и на *сюжетные, ролевые и подвижные игры («play therapy with games»).*

По **продолжительности и характеру проведения** курсы ИПТ делятся на *краткосрочные* (менее 10 сеансов) *и долгосрочные* (более 10 сеансов), а также на *сплошные* (ежедневные сеансы) *и прерывистые* (сеансы 1-2 раза в неделю).

По **виду нарушений, в связи с которыми проводится ИПТ,** целесообразно разделять пациентов *с нервно-психическими расстройствами,* как таковыми, и с *психосоматическими заболеваниями.*

В первом случае речь идет прежде всего о невротических нарушениях, хотя есть интересный опыт применения ИПТ в работе с больными, имеющими органические поражения ЦНС, с душевнобольными. Что касается психосоматических расстройств, то игровые методики широко целесообразно использовать для психопрофилактики, психокоррекции, но в ряде случаев необходима психотерапия. Особенно широко в настоящее время это направление развивается в США.

Необходимо отметить, что представления о том, что ИПТ предназначена лишь для детей, в корне неверно. Действительно, в работе с детьми эта форма психотерапии является наиболее органичной, однако и при лечении взрослых она может быть очень эффективной и находит все более широкое применение.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

1. *Психоаналитическое (психодинамическое) направление* связано с работами основоположниц детского психоанализа A. Freud (1922) и M. Klein (1919). Обе они считали, что спонтанные игры открывают доступ к бессозна-

тельному ребенка, рассматривали их как эквивалент свободных ассоциаций взрослых.

A. Freud использовала игры прежде всего для установления с маленьким клиентом «союза против некоторой части его душевной жизни». Она подчеркивала необходимость того, чтобы ребенок в процессе работы с психоаналитиком принял решение о сотрудничестве самостоятельно, без давления на него родителей. A. Freud критиковала M. Klein за недостаточное внимание к желанию ребенка сотрудничать с психотерапевтом.

M. Klein во время сеанса предлагала пациенту большой выбор игрушек. Считая, в отличие от A. Freud, что у ребенка уже достаточно развито superego, она сразу начинала интерпретировать его игру и отмечала быстрое снижение у больного уровня тревожности.

Одним из вариантов детского психоанализа юнгианского толка является так называемая песочная психотерапия (sand play). Игра с песком позволяет ребенку установить связь с его бессознательными побуждениями, особенно с архетипом самости, а их выражение в символической форме значительно снижает психическое напряжение. Во время сеанса детям предоставляется песочница и разнообразные игрушки, имеющие символический смысл. Сцены, изображаемые детьми в песочнице, толкуются как сновидения. То, что оказывается в глубине песка, символизирует бессознательное, а то, что на поверхности — осознаваемые процессы, связанные с проявлениями ego. Аналитики выделяют три стадии игры в песок: хаос, борьба и разрешение конфликта. Существует модификация этого метода, предназначенная для работы с семьей.

Описанный метод, а также многие другие, сохраняя психоаналитическую направленность, не следуют букве закона ортодоксального психоанализа. Вслед за A. Freud хочется повторить: «Это — «дикий» метод, который заимствует все у анализа, но не следует строгим аналитическим предписаниям». Грамотное проведение ИПТ не только позволяет быстро и легко установить контакт с пациентами, не только способствует правильной постановке диагноза клиентам и семье в целом, но и помогает замотивировать членов семьи на дальнейшую работу.

В русле психоаналитического направления возник и такой, имеющий явно игровую природу, широко и успешно применяемый в семейной психотерапии метод, как аналитическая психодрама. Автор его — J. Moreno (1922) критиковал психоаналитиков за недостаточное внимание к той малой социальной группе, в которой протекает повседневная жизнь больного неврозом. Наблюдения за тем, как дети в играх воплощают свои фантазии, натолкнули его на мысль о создании игровых методик. Таким образом, психодрама базируется на игровых принципах. J. Moreno предложил заменить анализ потока свободных ассоциаций анализом спонтанного поведения больного в малой группе в игровой ситуации. Со своим котерапевтом Z. T. Moreno он проводил сеансы как групповой, так и семейной психотерапии.

И. Е. Вольперт в своей монографии «Психотерапия» (1972) называет основоположником игровой психотерапии J. Moreno (1922) и предлагает

свою модификацию психодрамы — «имаготерапию». Это единственная методика, которую приводит в качестве примера игровой психотерапии в своей фундаментальной монографии «Психотерапия» Б. Д. Карвасарский (1985). Он называет игровую психотерапию «самостоятельным и онтогенетически важным разделом психотерапии», но, к сожалению, не ставит перед собой задачу освещения этого раздела в данной монографии.

2. *Направление «освобождающей» игровой психотерапии* или *терапия отреагированием (acting out)* было разработано в 30-х годах D. M. Levy. Своим происхождением оно также обязано психоанализу. Вначале суть его сводилась к применению игровых ситуаций, в которых дети освобождались от своих страхов. Специально подобранные игрушки помогали ребенку вновь пережить ситуацию, которая порождала тревогу. Воссоздание психотравмирующего события позволяет больному освободиться от напряжения, вызванного этим событием.

Развитием этого направления является структурированная игровая терапия, разработанная G. Hambridge (1955). Суть ее состоит в предложении ребенку с неврозом структурированной игровой ситуации, позволяющей решить конкретные задачи. Например, проработать проблемы агрессивности к сиблингу, разрешить конфликт, порожденный чувством вины, снизить тревогу по поводу разлуки с матерью и т. п.

В нашей стране это направление игровой психотерапии внедрил и плодотворно продолжает развивать А. И. Захаров, справедливо считающий игровую терапию основополагающей в психотерапии невротических расстройств у детей. Рассматривая игру как «естественный эксперимент», А. И. Захаров активно привлекает родителей к участию в нем. Это позволяет выявлять защитные установки, скрытые симптомы, конфликты и способы их разрешения в семье. Членам семьи в процессе психотерапевтического сеанса предоставляется возможность «эмоционального и моторного самовыражения, осознания и отреагирования страхов, фантазий, возможности тренировать психические процессы, повышать фрустрационную толерантность». Таким образом, работы А. И. Захарова имеют теоретическое обоснование и продолжают традиции направления «игровой терапии отреагирования» D. M. Levy и структурированной игровой терапии G. Hambridge. В то же время А. И. Захарову не удалось разграничить понятия «игровая терапия» и «групповая психотерапия».

3. Направление *игровой психотерапии построения отношений.* В его основе лежат идеи O. Rank (1936), согласно которым целью лечения пациента должно быть преодоление последствий травмы, полученной человеком при рождении. С точки зрения O. Rank, страх отделения от матери не позволяет больному неврозом принять волю группы и в то же время лишает способности поступать согласно своей воле. Исходя из этой концепции J. Taft (1933) и F. Allen (1934) строили игровую терапию с детьми, делая акцент на эмоциональных отношениях между психотерапевтом и клиентом, не пытаясь интерпретировать или объяснять прошлый опыт пациентов. Уважение психотерапевтов к личности ребенка проявлялось и в предоставлении ему

свободы выбора. Пациент мог выбирать любые игрушки во время сеанса, мог прекращать игру или вовлекать в нее терапевта. Таким образом, пациенты учились управлять своей деятельностью. Эти идеи получили свое естественное развитие в очень распространенном сейчас следующем крупном направлении — недирективной игровой психотерапии.

4. *Направление недирективной игровой психотерапии* явилось практическим воплощением теоретических положений одного из ярчайших представителей гуманистической психологии K. R. Rogers (1942). Согласно его феноменологическому подходу, все мотивы поведения личности сводятся к врожденному стремлению актуализироваться, то есть реализовать свои способности, а также интенсифицировать их и сохранять себя. В игровой психотерапии эти идеи были подхвачены V. Axline (1947) и G. L. Landreth (1969). Психотерапевты, работающие в этом направлении, учитывают естественное стремление пациента к актуализации и верят в его способность управлять собственным развитием. В хорошо оснащенной специальной игровой комнате ребенку создаются безопасные условия, располагающие его к спонтанному творчеству.

Некоторые формы недирективной игровой терапии могут успешно применяться для решения семейных проблем, особенно для улучшения взаимоотношений детей и родителей. Еще в 1957 г. N. Fuchs описала свои игры с дочерью, позволившие маленькой пациентке преодолеть эмоциональные затруднения, связанные с обучением навыкам опрятности. Занятия проводились по совету деда девочки K.R. Rogers с соблюдением процедуры, описанной V. Axline.

В 1976 г. была опубликована работа A. Kraft, в которой он описывал свой опыт обучения группы родителей проведению сеансов игровой терапии со своими детьми дома. В настоящее время хорошо разработан, применяется и продолжает развиваться тренинг детско-родительских отношений, проводимый преимущественно в игровой форме. Практика показала, что на невротическую симптоматику детей, их развитие влияет отношение родителей к себе, их способность к самовыражению. Обучение родителей формам оптимального взаимодействия с детьми в процессе сеансов игровой психотерапии, носящих семейный характер, приводило к положительным изменениям эмоционально-волевой сферы всех участников игр, улучшало поведение детей.

5. *Направление поведенческой игровой психотерапии* имеет три теоретических источника. Во-первых, это учение И. П. Павлова (1903) об условных рефлексах, доказавшее, что именно в результате их образования появляются новые формы поведения. Вторым источником является теория оперантного обусловливания и формирования реакций путем последовательных приближений B. F. Skinner (1953). Согласно ей любая форма поведения определяется своими последствиями. Третий источник — теория социального научения A. Bandura (1965) — утверждает,что большинство действий человека формируются под воздействием окружающей среды. На сеансах игровой терапии этого направления эмоциональным проявлениям пациентов уде-

ляется меньше внимания. Своей основной задачей терапевт считает обучение детей тому, как правильно играть свои социальные роли.

Одна из наиболее популярных форм психотерапии в США в настоящее время — cognitive-behavioral play therapy (CBPT), то есть когнитивно-поведенческая игровая терапия. Типичные методики CBPT содержат модели адаптивных копинг-механизмов. S. V. Knell отмечает, что разработки CBPT для дошкольников в последнее время успешно адаптируются в методики для взрослых. Изменения в лучшую сторону характера коммуникаций под влиянием CBPT улучшают семейные взаимоотношения.

Игры в контексте поведенческой психотерапии и психокоррекции детей и членов их семей широко применяются Ю. С. Шевченко и его сотрудниками. Обязательным для успешного использования своей методики коррекции поведения детей Ю. С. Шевченко считает выполнение трех следующих условий: «анализ факторов, влияющих на отклоняющееся поведение конкретного ребенка; формулировка четкой поведенческой мишени (или системы отдельных мишеней); подбор действенных стимулов, являющихся непосредственной «наградой» за желательное поведение либо «наказанием» — за нежелательное». Активное привлечение родителей к работе, попытка, создавая, закрепляя у них и детей новые поведенческие стереотипы, «уменьшить психотравмирующие взаимоотношения ребенка и его окружения», указывает на семейный характер проводимой психотерапии.

6. *Интегративно-эклектическое направление игровой психотерапии,* включающее более или менее гармонично сочетающиеся элементы предыдущих, практически встречается чаще других.

В 1995 г. Ю. С. Шевченко совместно с В. П. Добриднем в рамках онтогенетически ориентированного психокоррекционного подхода разработали методику «интенсивно-экспрессивной психотерапии» (ИНТЭКС) группы пациентов одного возраста и их родителей. Данная методика является типичным примером эклектического направления в психотерапии. Теоретическим обоснованием допустимости интеграции различных психотерапевтических приемов, принадлежащих к разным школам, авторам этой методики послужила эволюционно-биологической концепция и, в частности, учение о психическом дизонтогенезе Г. Е. Сухаревой (1955), Г. К. Ушакова (1973), В. В. Ковалева (1979, 1985).

Интегративно-эклектический подход при использовании игровых методов в семейной психотерапии представляется вполне допустимым. Как справедливо считают Э. Г. Эйдемиллер и В. Юстицкис (2001), оптимально, «когда выбор того или иного способа организации и проведения семейной психотерапии зависит от особенностей семьи, а не научных воззрений психотерапевта». То же самое можно сказать и об игровой психотерапии. Недаром двумя основными принципами Международной Ассоциации Игровой Терапии (Association for Play Therapy), созданной в 1982 г. C. Schaefer и K. O'Connor, стали эклектичность и мультидисциплинарность.

Приводим некоторые из игровых методик, применяемых в процессе психотерапии.

МЕТОДИКА ИГРОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Сеансы психотерапии ребенка с родителями проводятся в кабинете, который должен быть оснащен следующими наборами игрушек:

1. Люди: фигурки мужчин и женщин примерно одного размера (желательно, чтобы у некоторых из них были атрибуты, указывающие на их профессию), а также дикари, монстры, гномы, пупсики.
2. Животные: домашние, дикие, морские, доисторические, сказочные.
3. Растения: деревья, кусты, трава, овощи, фрукты.
4. Здания: жилые дома, замки, вокзалы, учреждения, гаражи, магазины и т. п. (или строительный материал, из которого их можно построить).
5. Сооружения: ограды, ворота, мосты и пр.
6. Камешки, стеклышки, ракушки, палочки, косточки.
7. Ящички, коробочки, бусинки, кристаллы, цепочки.
8. Тряпочки, полоски цветной бумаги, кусочки фольги, полиэтиленовой пленки.
9. Наборы пластилина, веревочек, ниток, проволочек, скрепок, кнопок.
10. Все, что подскажет фантазия.

Представители недирективного направления часто предъявляют строгие требования к размеру игровой комнаты, ее оборудованию, интерьеру. Особое внимание они уделяют набору игрушек, которые следует «выбирать, а не собирать», чтобы не превратить игровую комнату в чулан. Многие коллеги, считая, что подходящих условий и материалов нет, не решаются в связи с этим обучаться игровой психотерапии. Однако многолетняя практика показывает, что их страхи преувеличены. Каждый без особого труда может за короткое время собрать необходимые наборы и превращать свой врачебный кабинет в игровую комнату, если нет специального помещения для нее. За количеством игрового материала действительно не нужно гнаться.

На диагностической стадии семейной психотерапии после знакомства с семьей важно создать спокойную, несерьезную, слегка интригующую обстановку, способствующую проявлению креативности. Только почувствовав, что отношения с посетителями складываются доверительные, врач может предложить каждому члену семьи выбрать из наборов одинаковое количество игрового материала. Для этого игрушки должны быть расставлены на отдельных полках (или разложены по отдельным ящичкам), но так, чтобы все они были доступны. Далее каждому выдается лист картона или фанеры, облепленный с одной стороны тонким слоем зеленого пластилина. Предлагается за 20 минут обустроить на своем поле выбранного героя, придумать, а потом рассказать его историю. Кто-то станет строить ему дом, кто-то сооружать шалаш, кто-то занимается посадкой растений или установкой забора. Предварительно участники заключают соглашение не смотреть на работу друг друга до истечения времени.

Обычно такие сеансы проводились с двумя членами семьи: ребенком и матерью. Реже мать приводит двух или даже трех детей. Иногда это де-

лали бабушки. Редко в сеансах участвовали папы. После завершения работы каждый демонстрирует сотворенный им мир и дает пояснения. Поведение психотерапевта при этом спонтанно, но предопределено задачей поддержки клиентов и укрепления установленных с ними отношений. Во всех созданных «мирах» обязательно можно найти что-то достойное восхищения. Скрывать своих эмоций при этом не нужно. Осторожно можно попросить пациентов оценить работы друг друга. Вначале следует узнать, что им понравилось, затем выяснить, что хорошо было бы подправить. Можно спровоцировать обсуждение этого, а можно, если оно представляется несвоевременным, отвлечь от него. Психотерапевт может сесть за компьютер (пишущую машинку) и напечатать страницу первой книги, продолжение которой все будут обдумывать дома. Может быть предложено в качестве домашнего задания проиллюстрировать эту книгу. Вариантов продолжения работы много. Прежде чем переходить к следующей стадии семейной психотерапии и попытаться ликвидировать семейный конфликт, нужно определить семейные подсистемы, оценить типы внутрисемейных отношений и неправильного воспитания, особенности внутренних и внешних границ семьи. Наблюдение за игрой, снимающей психологические защиты, являющейся великолепным проективным тестом, дает возможность сделать это. Грамотно проведенный первый сеанс игровой психотерапии способствует быстроте и легкости установления контакта с пациентами, позволяет правильно поставить диагноз клиентам и семье в целом, может замотивировать членов семьи на дальнейшую работу.

Задачи, характерные для дальнейших стадий процесса психотерапии, также могут решаться при помощи игрового метода. Как правило, не стоит торопиться делиться результатами интерпретации игровых ситуаций с пациентами. Можно мягко направлять течение игр, предлагая новые сюжетные ходы. После прохождения стадий хаоса и борьбы начинается стадия разрешения конфликта. При необходимости на этой стадии можно предлагать пациентам заранее спланированные игры с жесткой структурой, способствующие мобилизации ресурсов семьи и ее реконструкции.

Аналогично описанной методике осуществляется игра с песком, которая имеет давние традиции и хорошо структурирована. При этом вместо фанерок с пластилином, изображающим траву, применяется водонепроницаемый деревянный ящик размером 50х70х8 см. Дно и внутренние стенки ящика окрашиваются в голубой цвет, символизирующий подземные воды и небо над линией горизонта. Ящик наполовину или чуть меньше засыпается промытым речным песком. Песок — замечательный строительный материал, только нужно, чтобы у пациентов была возможность смачивать его по мере необходимости. Свой «мир», вооружившись игровым материалом, они создают на песке и из песка, разделив предварительно территорию ящика.

Пример. Представляю свое наблюдение за работой Т. Д. Зинкевич-Евстигнеевой. Во время приема, на котором мне посчастливилось присутствовать, мать жаловалась на неконтактность и угрюмость пятилетней дочери. С недоверием

приняла она предложение психотерапевта подойти к песочному ящику и выбрать игровой материал. Однако, быстро воодушевившись, женщина выбрала необходимые ей предметы, среди которых оказались небольшая свечка, раковина, бусинки, перышки и т. п. Разделив песчаную пустыню глубоким рвом, мать принялась за строительство. В центре своей территории она сделала холмик, положила на него раковину, поставила в нее свечку и принялась украшать основание холмика. В это время девочка безуспешно пыталась построить из сыпучего песка что-то вроде пещерки для маленькой голенькой куколки. Потом она «повела» куклу в сторону рва и сказала матери, что пришла в гости.

— А как же ты переберешься ко мне через ров? — спросила мама, не отрываясь от своего труда.

— А давай сделаем мостик! — попросила девочка.

— Подожди, некогда... — последовал ответ.

Очевидно, что интерпретация приведенной игры не слишком трудна. Не рассказывая о своих выводах матери, психотерапевт учила ее в игровой форме «строить мосты».

Нами совместно с психологом А. В. Дикаревым разработана модель групповой игровой психотерапии на базе детского психоневрологического санатория «Комарово». В санатории получали лечение дети с пограничными нервно-психическими расстройствами, проходили реабилитацию реконвалесценты менингитов и энцефалитов, а также дети с детскими церебральными параличами. Курс лечения продолжался 3 месяца.

В состав психотерапевтической игровой группы закрытого типа входило 8-10 человек. Количество мальчиков и девочек было примерно одинаковым. При наборе в группу учитывался возрастной фактор (7-9 лет, 10-12 лет) и психологическая совместимость участников. В каждую группу мы включали не более одного ребенка, склонного к истерическим реакциям, не более одного гиперактивного. Занятия проводились 3 раза в неделю в актовом зале санатория, в лесу, на берегу залива двумя котерапевтами. Одно занятие продолжалось в течение полутора-двух часов. Полный курс состоял из 10-15 сессий.

В психотерапевтическом процессе нами использовались следующие приемы: само- и взаимоанализ вербальных компонентов эмоциональной экспрессии в контексте групповой ситуации, положения в семье, в школе; дискуссии; творческое самовыражение. Больше всего внимания уделялось игровым техникам. Первые занятия были ориентированы на достижение групповой сплоченности, выработке норм поведения в группе. На последующих мы добивались критического отношения детей к неадекватным формам своего поведения, помогали им искать адекватные и тренировать их. В этом периоде проводилась также семейная психотерапия, на занятия приглашались родители, а также другие члены семьи. Перед этим велась работа в виде индивидуальных и совместных бесед с родителями и другими членами семьи. До их сведения доводились особенности адаптации ребенка в санатории, сообщалось о планируемых лечебных и реабилитационных мероприятиях. Таким образом, у них формировалось адекватное представление о болезни, устранялся дефицит информации. Это способствовало установлению взаимопонимания

членов семьи с врачом и психологом. Исходя из анализа данных анамнеза и клинического наблюдения, мы давали родителям рекомендации, ориентирующие их на оптимальное поведение с больным во время его посещений. Во втором периоде санаторной реабилитации наступала реконструктивная стадия семейной психотерапии. К этому времени удавалось установить с родителями доверительные отношения, выявить различия взглядов различных членов семьи на воспитание ребенка, на внутрисемейные конфликты. Частота встреч с ними варьировалась в зависимости от выработки общего решения об оптимальном стиле взаимоотношений с больным. Преодолев сопротивление психотерапевтическому вмешательству, нам удавалось, как правило, формировать установку на активное участие в психотерапевтическом процессе.

Курс психотерапевтических занятий с детьми строился по такой схеме:

1. Занятие было организационным. Детям объявляли, что они становятся членами «клуба». Задачи его — сделать пребывание в санатории интереснее. Предлагалось к следующему «заседанию» придумать название, предложить законы, гимн. Занятие перемежалось и заканчивалось подвижными играми.

2. Занятие было посвящено обсуждению предложений, прав и обязанностей членов «клуба». Декларировались принципы дружелюбного отношения друг к другу, взаимопомощи, активности. Проводился коммуникативный тренинг.

3. Занятие включало в себя ролевые игры «Прием в королевском дворе», «Встреча с марсианами», «Необитаемый остров», «В пещере» и другие.

4. Занятие, как правило, проводимое в лесу или на заливе, называлось «стихийное бедствие» (наводнение, кораблекрушение, ураган и т. п.). В процессе игр ребята сами распределяли роли, приобретали и закрепляли навыки сотрудничества.

Три-четыре следующих занятия были посвящены школьным проблемам. На них, с разрешения «членов клуба», приглашались родственники. Им разрешалось посидеть за кругом. Вначале обсуждали и проигрывали эпизоды на тему «Счастливый день в школе», на следующих занятиях — «Несчастный день в школе». По решению «Совета клуба» (или «Президиума», «Комитета» и т. п.) родственникам при обсуждении слова не давали.

Следующие занятия посвящались семейным проблемам. Начало этого цикла знаменовалось принятием родственников в члены клуба, торжественной клятвой и т. п.

Наши наблюдения показали, что длительная разлука с ребенком школьного возраста в связи с его пребыванием в санатории облегчает родителям процесс ретроспективной оценки отношений с больным, адекватности их методов воспитания, побуждает к реконструкции внутрисемейных отношений. Разыгрывание семейных ситуаций, смена ролями детей и родителей, как правило, проходили со значительно большей отдачей и вовлеченностью в санатории, чем при проведении схожих групп в амбулаторных условиях.

Предпоследнее занятие всегда выливалось в большой концерт, номера к которому дети и родители готовили втайне друг от друга. Только врач и психолог знали все и составляли программу.

На последнем занятии проводилось подведение итогов. Ребята вместе со взрослыми обсуждали, что дал им санаторий, «клуб», отмечали перемены, происшедшие в поведении, характере.

Приведенный план занятий мог меняться в зависимости от ситуации в группе, на отделении. При чрезвычайных происшествиях созывались «внеочередные заседания». При особой значимости поднятой членом группы проблемы «заседание» могло проводиться, по решению «Совета», в два, а то и в три этапа.

Идея подключать родителей к участию в сеансах игровой психотерапии на темы семьи родилась не сразу. Толчком к этому решению послужило поступление на повторный курс лечения девочки с тяжелыми проявлениями невроза. За полгода до этого она была выписана домой с прекрасным результатом. Рецидив был обусловлен возвращением в прежнюю, домашнюю обстановку. Семейные отношения не только были причиной, но и оказывали патопластическое влияние на структуру невротической симптоматики.

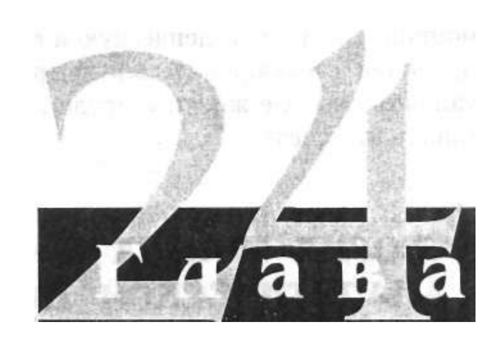
Эффективность лечения в санатории после введения представленной модели семейной игровой психотерапии повысилась.

Контрольные вопросы

1. Что такое игровая психотерапия?
2. Какие существуют основные направления игровой психотерапии?
3. Что такое недирективная игровая психотерапия?
4. Какие наборы игрушек используются в песочной игровой психотерапии?
5. С какой целью к игровой психотерапии привлекаются родители?

Список рекомендуемой литературы

1. *Грабенко Т. М., Зинкевич-Евстигнеева Т. Д.* Чудеса на песке. Песочная психотерапия. — СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1998. — 50 с.
2. *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1982. — 216 с.
3. *Лэндрет Г. Л.* (Landreth G. L.) Игровая терапия, искусство отношений (пер. с англ.). — М.: Международная педагогическая академия, 1994. — 368 с.
4. *Шевченко Ю. С.* Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей. — М.: РМАПО, 1997. - 49 с.
5. *Шефер Ч.* (Schaefer Ch.), Кэри Л. (Carey L.) Игровая семейная психотерапия. — СПб.: Питер, 2000. — 384 с.



АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОДРАМА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Аналитическая психодрама — это метод индивидуальной и групповой психотерапии, основанный на игровом моделировании актуальных представлений клиента/клиентов.

Другое определение: аналитическая психодрама — метод индивидуальной и/или групповой психотерапии, использующий 3 вида коммуникаций — эмоциональную, поведенческую и вербальную — с целью психологической коррекции в ситуации здесь-и-теперь искажений личностного развития в актуальном периоде жизни и представлений об искажениях на более ранних этапах онтогенеза.

ТЕОРИЯ МЕТОДА И ОПИСАНИЕ АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОДРАМЫ

Метод разработан Джекобом Леви Морено (1892-1974). Теоретическим концептом этого метода психотерапии является теория ролей, разработанная самим автором.

Современные исследователи [Ремшмидт X., 2000; Фрейджер Р., Фейдимен Д., 2001; Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., 2001] считают, что теоретической основой данного метода психотерапии является психоанализ. Для понимания сущности аналитической психодрамы Г. Лейтц использовала геометрическую фигуру треугольника, вершиной которого является аналитическая психодрама, а основанием — групповая психотерапия и социометрия (рис. 29).

Дж. Л. Морено объяснял общение людей с помощью геометрической фигуры эллипса (рис. 30). Почему Дж. Л. Морено выбрал именно эту фигуру? Эллипс — геометрическое место точек М, сумма расстояний которых

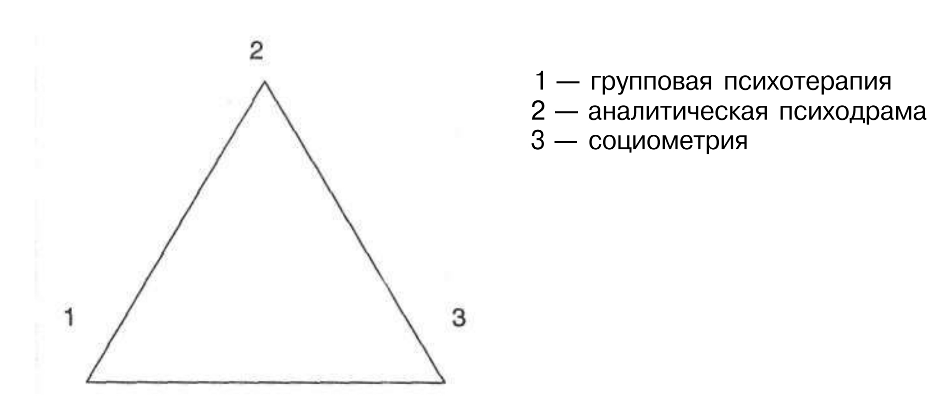


Рис. 29. Психодрама, психотерапия и социометрия.

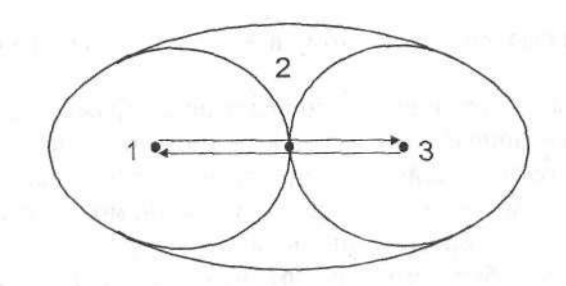


Рис. 30. Схема общения людей по Дж. Л. Морено.

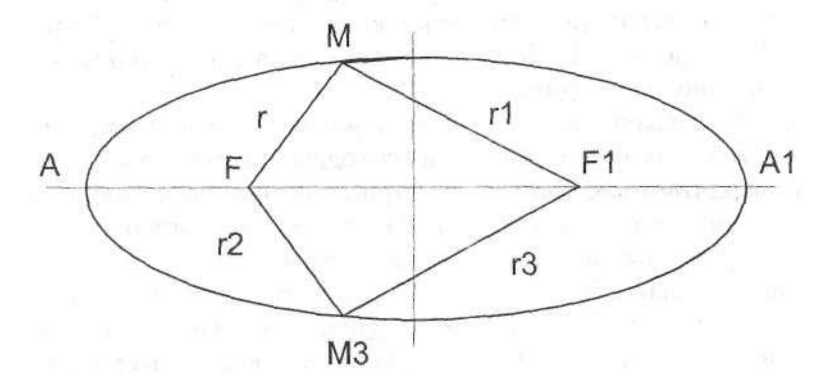


Рис. 31. Объяснение общения людей с помощью эллипса по Дж. Л. Морено (см. в тексте).

г и rl от двух данных точек F и F1 — фокусов эллипса — равна постоянной величине (AA1) — длине большой оси эллипса (г+rl =AA1; r2+г3 =AA1 и т. д.) (рис. 31).

Полюс 1 получил название «взаимодействие» или «поведенческий компонент общения» (ПК), а полюс 3 — «взаимоотношение» или «эмоциональный компонент» (ЭК). Если изменяется под давлением ситуации один из полюсов, то обязательно произойдет трансформация и другого полюса, и фигура эллипса вновь обретет свои очертания.

Отталкиваясь от концепции В. Н. Мясищева «Психология отношений», которая говорила о том, что отношения, являющиеся основным элементом структуры личности, состоят из 3 компонентов — эмоционального («что я чувствую»), поведенческого («что я делаю») и когнитивного («что я знаю или думаю»), Э. Г. Эйдемиллер и Н. В. Александрова (2001) включили последний в фигуру эллипса в виде полюса 2 — когнитивного компонента.

Структурные элементы аналитической психодрамы

Расположим их в порядке важности:

1. Протагонист (от греческого protos — первичный, agon — борьба, страдание) — тот, кто играет свою психодраму. Протагонист в игре часто испы-

тывает очень сильные эмоции, поэтому все усилия режиссера сосредоточены на помощи ему.

2. Режиссер(ы) — тот или те, кто ведут психодраму. Если протагонист отвечает за свое желание исследовать в игре свои представления о чем-либо, вызывающем у него беспокойство, и проявляет активность, то режиссер отвечает за форму проведения психодрамы. Образно можно сказать, что протагонист — автор и исполнитель пьесы, а режиссер остается режиссером.

Режиссер должен быть эмпатичным, чувствительным к переживаниям протагониста и других участников группы, уметь играть, быть спонтанным и креативным. Стиль управления группой директивный.

3. Сцена протагониста — та часть пространства, на которой происходит действие. В театре Дж. Л. Морено эта сцена как в театре. В других условиях — это обычно часть комнаты.

Сцена — это физический эквивалент психологического пространства протагониста. Он сам ее строит, а сыграв психодраму, сам ее разбирает. На сцене могут находиться сам протагонист, приглашенные им исполнители ролей (вспомогательные Эго) и режиссер(ы). Режиссер следит за тем, чтобы не было несанкционированных посягательств на сцену протагониста.

4. Вспомогательные Эго — это те члены группы, которых протагонист приглашает сыграть роли — отца, дочери, жены, мужа, животного, внутренних органов, мебели и т. д. В конце игры протагонист освобождает вспомогательные Эго от исполняемых ролей. Протагонист, дотрагиваясь руками до надплечий игрока, говорит: «Сейчас ты не моя жена (муж, отец, кошка, шкаф), а Лариса (Нина и т. д. — при этом называется подлинное имя игрока).

5. Зрители — те члены группы, которые наблюдают и сопереживают перипетиям психодрамы. Зрители обычно сильно вовлечены в происходящее и создают атмосферу «теле» — «многочувствие» — то есть эмпатического взаимопроникновения друг в друга.

6. Балкон — в психодраматическом театре Дж. Л. Морено балкон располагается над сценой. В других помещениях «балкон» — это часть комнаты, в которую помещают на некотором возвышении тех людей, с которыми хочет встретиться протагонист, но с которыми в реальности такая встреча произойти не может по причине смерти, проживания в другом месте, того обстоятельства, что данное лицо жило в прошлом, либо относится к иным, неструктурируемым пластам Бытия — Наполеон, Иисус Христос, умершие родители, родственник, живущий в другой стране и др.

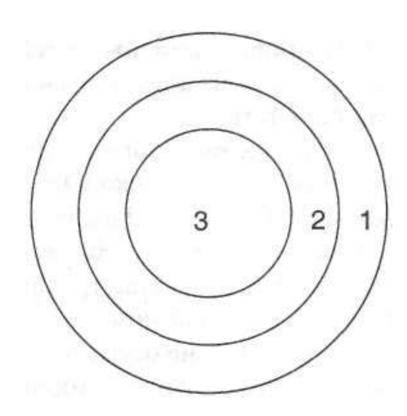
Уровни реальности в аналитической психодраме

Дж. Л. Морено выделял 3 уровня реальности, переживаемые участниками психодрамы (рис. 32).

1. Реальность обыденной жизни — это те события, которые происходят дома, на работе и в других ситуациях. Эту жизнь регулируют законы, мораль, обычаи.

2. Лабораторная реальность — это реальность группы, которая охраняется принятыми ею правилами. Если участники психодрамы сидят в круге

Рис. 32. Уровни реальности по Дж. Л. Морено (объяснения в тексте).



(см. рис. 32), то граница между уровнем 1 и уровнем 2 будет проходить между тем, что перед глазами, и тем, что за спиной.

3. «Прибавочная реальность» по аналогии с прибавочной стоимостью К. Маркса означает приобретения, которые получают участники группы на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях.

Основные техники аналитической психодрамы

В работе с детьми можно использовать следующие техники:

1) индивидуальный разогрев;
2) перемена ролей;
3) монолог;
4) дублирование;
5) диссоциация;
6) проигрывание сновидений;
7) физикализация.

Техники индивидуального разогрева и перемены ролей являются базисными техниками аналитической психодрамы и, по мнению Дж. Л. Морено, — наиболее эффективными.

Техника индивидуального разогрева проводится следующим образом. Протагонист за спиной вспомогательного Эго накладывает руки на его плечи и начинает говорить о своих представлениях, о переживаниях персонажа, которого будет играть вспомогательное Эго, в первом лице.

Пример: протагонист Олег, 16 лет, «разогревает» вспомогательное Эго, играющее роль его матери: «Я, Ирина Петровна, мать Олега. Мне 46 лет. У меня много беспокойства по поводу здоровья сына......

Нами предложен собственный вариант техники индивидуального разогрева в связи с тем, что детям накладывание рук на спину вспомогательного Эго кажется неестественным. В нашем варианте ребенок-протагонист становится рядом с вспомогательным Эго и проговаривает слова, которые он хочет ему дать. Вспомогательное Эго затем эти слова повторяет.

Соприкосновение протагониста со своими доселе неразвернутыми представлениями о переживаниях значимых лиц позволяет ему откорректировать их.

Техника перемены ролей позволяет протагонисту прочувствовать и исследовать свои представления о переживаниях другого человека, находясь как бы внутри него.

Техника монолога представляет собой сообщение вслух протагониста, который говорит несколько в сторону, не обращаясь непосредственно к игрокам психодрамы. Режиссер может сказать протагонисту: «Попробуй сказать вслух о том, что тебя беспокоит, возможно, они (отец, мать, другие) тебя не слышат». Такая инструкция помогает протагонисту лучше понять, что он говорит в данный момент.

Дублирование осуществляется другими членами группы, которые вербально или невербально повторяют сказанное протагонистом или вспомогательным эго.

При работе с детьми и подростками использование классической техники индивидуального разогрева может вызвать эмоциональное напряжение и фрустрацию как у вспомогательного эго, так и у протагониста непривычностью процедуры и прикосновением рук к плечам.

Поэтому нами разработана техника «разогрев-дублирование», при проведении которой протагонист, стоя рядом со вспомогательным Эго, произносит слова, а затем вспомогательное Эго их повторяет.

Техника диссоциации. Вспомогательные Эго проигрывают роли в психодраме протагониста, а сам протагонист стоит на краю сцены на стуле и наблюдает за действием. Созерцание протагонистом собственной психодрамы с высоты, которая символизирует накопленный житейский опыт, способствует стереоскопическому восприятию аспектов жизни, многие из этих аспектов протагонистом ранее не осознавались.

Техника проигрывания сновидений. Вначале протагонист рассказывает о своем желании проиграть сон, а затем и о самом его содержании. Затем протагонист начинает рассказывать о своем состоянии перед засыпанием. При этом он ложится в кровать, закрывает глаза и по просьбе режиссера вспоминает в зрительных образах свое сновидение. Режиссер предлагает протагонисту говорить вслух об образах, которые тот видит в данный момент.

В определенный момент, когда протагонист демонстрирует усиление эмоциональных переживаний, связанных с актуализацией подавленного психологического материала, режиссер предлагает протагонисту встать и начать игру, выбрав вспомогательные Эго для моделирования возникающих зрительных образов.

По завершении проигрывания сна протагонист вновь ложится в кровать и закрывает глаза. Режиссер садится у его изголовья и вслух пересказывает содержание проигранного сна. Это делается с целью структурирования и перевода содержания образов, отражающих глубинные неосознаваемые переживания, в слова, которыми оперирует Эго.

Техника физикализации. С помощью этой техники появляется возможность смоделировать некие внутренние объекты личности и организма. Например, вспомогательные Эго играют объекты внутриличностного пространства протагониста — его мысли, страхи, желания. Протагонист может менять

их местами, просить одних говорить громче или, наоборот, тише. Точно так же можно проиграть работу внутренних органов, что оказывается полезным для пациентов с ипохондрическими расстройствами.

Фазы сеанса аналитической психодрамы

На рис. 33 представлено графическое изображение трехфазной структуры сеанса аналитической психодрамы, являющееся синтезом опыта C. Hollander (1980); D. Feasy (1984); G. Leutz (1994); Э. Г. Эйдемиллера, Н. В. Александровой (2001).

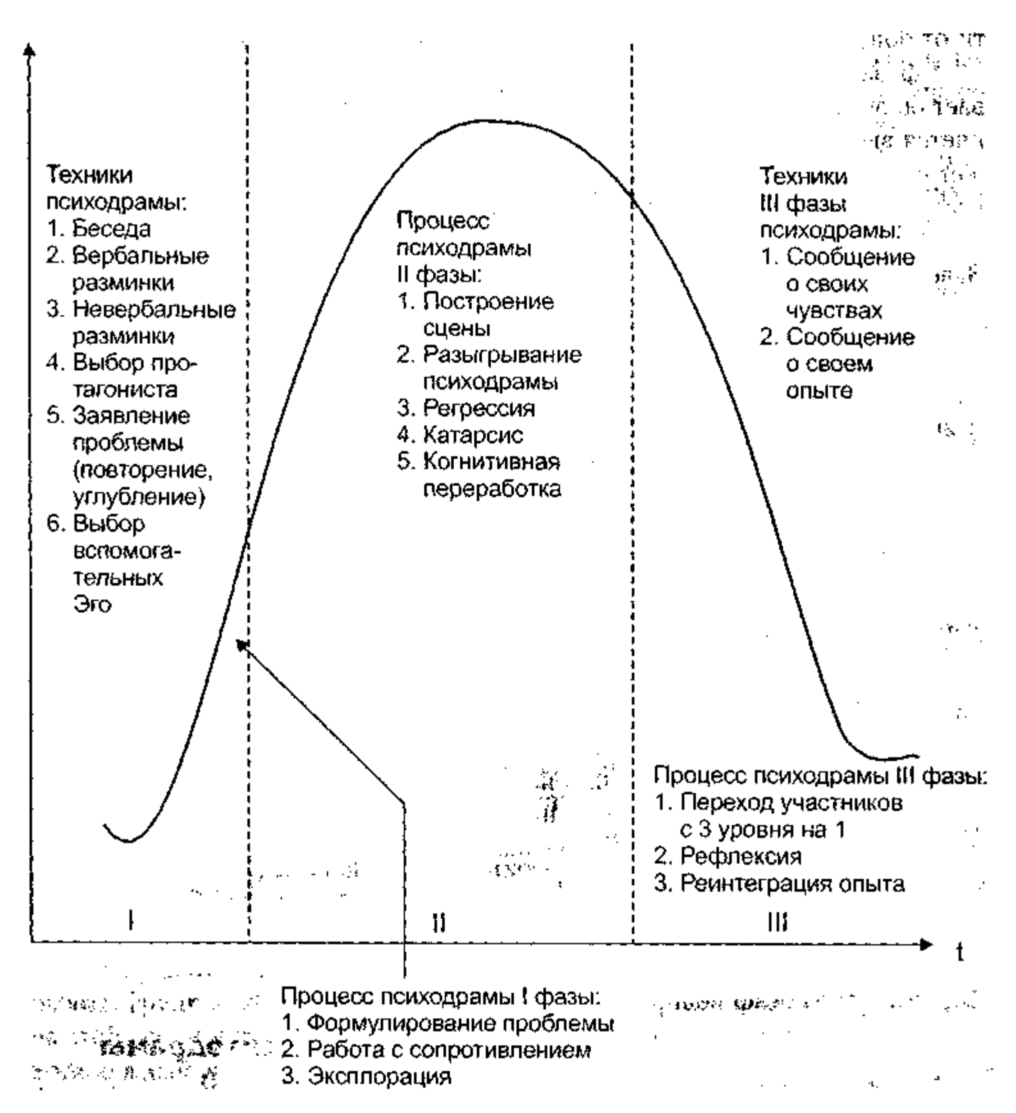


Рис. 33. Графическое изображение трехфазной структуры сеанса аналитической психодрамы (кривая Холландера).

Структура сеанса аналитической психодрамы

При долгосрочной аналитической психодраме взрослых одно занятие занимает 4 часа и периодичность проведения занятий — 1 занятие в неделю. Общая продолжительность проведения долгосрочной аналитической психодрамы составляет от 320 до 600 часов и более [Feasy D., 1984].

Продолжительность одного занятия долгосрочной аналитической психодрамы у детей дошкольного возраста 1 час и в неделю проводится одно занятие. Общее количество часов составляет примерно от 40 до 120 часов (от 1 до 3 лет).

Структура каждого занятия аналитической психодрамы вне зависимости от общей продолжительности курса лечения состоит из трех фаз.

I фаза получила название фазы «разогрева группы». Режиссер опрашивает об эмоциональном состоянии участников группы. Если в группе сохраняется высокий уровень тревоги, то с целью совладания с ней режиссер может предложить вспомогательные вербальные и невербальные средства (см. главу «Групповая психотерапия детей и подростков»).

Далее происходит выбор протагониста и заявление им своей проблемы. Завершается I фаза выбором протагонистом вспомогательных «Эго. На этой фазе участники психотерапии переходят в своем поведении с 1-го на 2-й уровень реальности.

II фаза — «фаза действия», или фаза проигрывания психодрамы.

На этой фазе протагонист строит сцену, вступает в проигрывание психодрамы и во взаимодействие со вспомогательными Эго. Протагонист может пережить эмоции такой интенсивности, что наступит регрессия — актуализация переживаний, связанных с ранним периодом жизни. За этим последуют когнитивная переработка и катарсис. На этой фазе протагонист и члены группы могут находиться на 3-м уровне реальности.

Заключительная фаза — фаза «обмена чувствами», или «шеринг», предназначена для того, чтобы протагонист, переживший кульминацию в своем эмоциональном, когнитивном и поведенческом отреагировании, смог перейти с 3-го уровня на 2-й и 1-й уровни реальности. Этому способствуют сообщения членов группы о своих чувствах, возникших во время психодрамы, а также о своем личном опыте, совпадающем или не совпадающем с опытом протагониста.

В результате этого возникает интеграция опыта протагониста.

Продолжительность I и III фаз аналитической психодрамы суммарно составляет $^1/_3$ времени всего сеанса.

К примеру, если занятие продолжается 2 часа, то продолжительность I фазы может быть 10-15-20-30 минут, а продолжительность III фазы от 10 до 20 минут.

Модель краткосрочной аналитической психодрамы по Э. Г. Эйдемиллеру — Н. В. Александровой

Аналитическая психодрама используется нами как метод индивидуальной и групповой психотерапии. Преимущество аналитической психодрамы

перед другими методами индивидуальной и групповой психотерапии заключается в том, что она использует протоязык — язык чувств, мимики, жестов, поступков, поведения. Именно поэтому она доступна детям, начиная с 4-5 лет, и пожилым людям. В психодраме участники имеют возможность моделировать собственные представления о тех или иных психотравмирующих ситуациях.

Апробация этой модели была проведена на 64 пациентах разных возрастов с различными нервно-психическими расстройствами. Продолжительность от 4 до 20 сеансов длительностью по 2 часа. Кроме того, аналитическая психодрама была апробирована на 36 группах «личностного роста» для психологов и врачей (724 участника).

Начальный этап проведения аналитической психодрамы характеризовался высоким уровнем тревоги у всех участников, проявляющейся в крике, оцепенении, высокой двигательной активности участников.

До настоящего времени в отечественной литературе нет указаний на особенности динамики группового процесса в группах аналитической психодрамы.

Мы выделяем в развитии групп аналитической психодрамы 5 фаз.

0 — «фаза предгрупповой ситуации». Психотерапевты знакомятся с клиентами, устанавливают раппорт, помогают им сформулировать психотерапевтический запрос, привыкнуть к необычной ситуации психологического взаимодействия между психотерапевтом(тами) и клиентом, усилить у клиентов мотивацию на психотерапевтические изменения, необходимость пройти предусмотренные клинико-психологические исследования. Мы сформулировали для себя правило, которым неизменно руководствуемся, — кто ведет группу, тот ее и формирует. Выполнение этого правила стимулирует переносные чувства членов группы с момента ее зарождения и до окончания работы группы.

На нулевой фазе важное значение имеет психологическое состояние психотерапевта(тов), с какими чувствами и зачем они собирают очередную психотерапевтическую группу. В этот момент переживания ко-терапевтов напоминают переживания супругов, решивших завести ребенка. Чем более тщательно психотерапевты проведут инвентаризацию внутри- и межличностного пространства, тем выше шансы у группы на успешность работы.

Первая фаза — «фаза ориентации», которая имеет сходство по форме и содержанию с оральной фазой психосексуального развития индивида по 3. Фрейду. Ожидания всех участников группы связаны с тем, что психотерапевт(ты) их «накормят» — решат все их проблемы. В эмоциональном состоянии участников группы преобладают вера, надежда и тревога. Правила работы группы, которые обсуждались на предыдущей фазе и принимались на этой всеми участниками, являются для большинства из них внешними и, хотя каждый участвует в играх и моделировании ситуаций, соприкасаясь при этом с собственными переживаниями, все участники уверены, что психотерапевты «волшебным образом» решат все их проблемы. На этой фазе мы используем те подвижные игры, в которых нет проигравших. Эти игры спо-

собствуют сплочению, снижают уровень тревоги, повышают внимание и спонтанность. На первом занятии первой фазы в группах подростков психотерапевты не настаивают изначально на рассадке в круге, а используют спонтанную рассадку участников, по очереди присоединяясь к отдельным участникам или малым группам. И лишь после проговаривания правил работы группы, объяснения того, что из себя представляет психотерапия и аналитическая психодрама, психотерапевты предлагают всем сесть в круг, причем делают это первыми сами.

Вторая фаза — «фаза переформулирования целей и перераспределения ответственности». К этому моменту участники теряют веру и надежду на то, что обретут спокойствие и здоровье, усиливается тревожность, основной формой совладания с которой у детей, подростков и взрослых становятся аспонтанность, апатия, раздражительность, Мы знаем, что группа в этот момент нуждается в особом внимании и поддержке со стороны психотерапевтов.

Проявление агрессии на психотерапевтов, спровоцированной ими самими, в группах взрослых пациентов может способствовать активизации самостоятельности, раскрепощенности.

В детских и подростковых группах мы не используем этот прием из-за низкой толерантности членов группы: стимуляция психотерапевтом(тами) агрессии на себя приведет к тому, что некоторые участники ее проявят, однако в дальнейшем это может сформировать у них переживание чувства вины. Популярная среди некоторых психотерапевтов точка зрения, что выражение агрессии на психотерапевтов на второй фазе поможет им снять зависимость от психотерапевтов, не является, по нашему мнению, аксиомой. Более того, зависимость клиентов от психотерапевтов сохраняется до момента окончания психотерапевтических отношений. Переносы и противопереносы являются самыми мощными катализаторами психотерапевтического процесса.

Мы считаем, что наилучшим разрешением коллизий второй фазы является обсуждение членами группы, включая психотерапевтов, тех отношений, которые сложились внутри группы, но не были до этого вербализованы. Технически это может быть осуществлено в виде дискуссии, когда каждый участник по кругу отвечает на вопросы: что происходит в группе, чего он хочет, какие он видит перспективы в изменении работы группы. Другие техники, которые мы используем — это различного рода социометрические игры («плот в бушующем море», «автомобиль», «заложники» и др.). Важно то, что эти игры или дискуссии привносят в группу не психотерапевты, а сами участники, задача же психотерапевтов — услышать и подкрепить те ключевые слова, в которых отражена суть происходящего в группе: «в группе туман... словно ходим по болоту...все закрыты, никто никого не знает...». Психотерапевт предлагает прояснить, что такое туман, кто есть кто в «тумане и на болоте», какие есть желания и что надо изменить в группе.

В классических группах аналитической психодрамы прохождение второй фазы происходит опосредованно, во время моделирования и игр. Классическая аналитическая психодрама может длиться от 200 до 600 и более часов работы.

Мы в своей практике разработали модель групповой аналитической психодрамы продолжительностью 40 часов с периодичностью работы 3 раза в неделю по 2 часа. Вследствие такой интенсивной работы группы на третьей фазе переживания участников имеют сильный характер, поэтому требуют кларификации и управления ими с помощью социометрических техник. Это мы считаем своим «ноу-хау» в создании модели краткосрочной групповой аналитической психодрамы. Задача котерапевтов на этой фазе, повторим, фазе, когда многие участники переживают сильные негативные чувства, — поддерживать друг друга и участников группы

Котерапевты в детских, подростковых, да и во взрослых группах — фигуры, вызывающие на себя переносы, связанные с родителями, бабушками, дедушками, учителями, начальниками, с собственным детством, с ощущением силы и бессилия. Котерапевты являются эталонными фигурами.

Эталонное поведение котерапевтов заключается в том, как они совладают с собственной тревожностью, с тревогой в группе, как они проводят переговоры между собой и как осуществляют кооперацию. Котерапевты не являются героями, великанами или волшебниками. Они самые обыкновенные люди, имеющие на первых этапах развития группы лишь одно небольшое преимущество, которое в дальнейшем станет принадлежностью каждого члена группы — быть зеркалом друг для друга.

Третья фаза — «фаза зрелой группы». Мы эту фазу называем «рабочей фазой». Мы не будем останавливаться на тех характеристиках этой фазы, которые есть в известных руководствах, важно дать описание, как проходит проигрывание психодрам.

Разумеется, проигрывание психодрам происходит с первого же занятия психотерапевтической группы. Сначала преобладает проигрывание различных историй, сочиненных в группе, сказок, затем участники начинают играть частные проблемы, не захватывающие целиком их внутри- и межличностное пространство, например, ситуации просьбы — отказа. Эти психодрамы носят характер ролевых игр и не предполагают исследования глубинных проблем. На третьей фазе участники проигрывают психотравмирующие ситуации: отношения с учителями, друзьями, родителями и другими членами семей. Каждое занятие группы аналитической психодрамы состоит из трех фаз: первая фаза «разогрева группы» — выяснение эмоционального состояния участников, желания/нежелания проиграть подготовительные игры, выявление протагониста и его рассказ о проблеме. Если в классической аналитической психодраме Д. Морено право расспрашивать протагониста принадлежит только режиссеру и этого права был лишен ассистент режиссера, то в нашем случае котерапевты, слушая протагониста, оба задают вопросы, которые согласованно позволяют восстанавливать контекст заявляемой проблемы

Далее протагонист выбирает вспомогательные Эго, и с началом построения сцены группа переходит на вторую фазу сеанса аналитической психодрамы — «проигрывание собственно психодрамы».

Для разрешения проблемы протагониста мы используем базисные техники аналитической психодрамы в собственной модификации. В технике ин-

дивидуального разогрева вспомогательного Эго в группах детей и подростков мы отказались от накладывания протагонистом рук на плечи вспомогательного Эго. Для многих подростков такое взаимодействие вызывало усиление тревоги, напряжение, обусловленное страхом сексуальных переживаний, что внешне проявлялось хохотом, потерей спонтанности. Вместо этого протагонист, стоя рядом со вспомогательным Эго, произносил от первого лица те слова, которые хотел дать исполнителю роли. Иногда мы использовали технику дублирования: протагонист последовательно занимал место каждого вспомогательного Эго, произносил слова, а затем эти слова повторяли вспомогательные Эго. Такая техника способствовала не только стереоскопическому исследованию и познанию проблемы, но и дистанцированию от нее, и эмоциональному отреагированию. Эту технику, которая родилась в детских и подростковых группах, мы охотно используем в работе со взрослыми. Нами осуществлена модификация широко известной техники «семейная фотография». Новшество заключается в том, что мы расспрашиваем протагониста, кто делает фотографию, и предлагаем выбрать его(ее) среди членов группы. Именно на фотографа протагонист может спроецировать самые сильные переживания. Приведем пример психодрамы с врачами и психологами, в которой мы впервые использовали эту модификацию. При проигрывании «фотографии» протагонист расположил себя и коллегу-врача, своего ровесника и профессионального конкурента, на качелях — доске, на концах которой они и сидели. При расспросе о том, кто делал фотографию, выяснилось, что это была молодая женщина-врач — коллега обоих участников фотографии, которая являлась объектом ухаживания обоих мужчин. Протагонист выбрал вспомогательное Эго и на эту роль. При использовании приема диссоциации протагонист имел возможность увидеть «со стороны» двух молодых мужчин, разделенных между собой деревянной доской качелей и фиксирующую эту «картинку» женщину — объект конкуренции этих мужчин. Один из психотерапевтов, наблюдая за ситуацией, применив усиление, сказал: «Двое мужчин, перед ними женщина. То один наверху, то другой. А между ног у них деревяшка».

Другой особенностью проводимой нами аналитической психодрамы с детьми, подростками и взрослыми является то, что мы часто предлагаем участникам проигрывать роли животных и неодушевленных предметов — собак, кошек, капельниц в больнице, зонтика, дверцы шкафа, внутренних органов и т. д. Обратные связи животных и неодушевленных предметов позволяют протагонисту воссоздавать и реконструировать контекст переживаний со значительно большей эмоциональной силой. Проигрывание психодрамы завершается снятием ролей и разборкой сцены. На 3-й фазе сеанса аналитической психодрамы режиссеры, спросив согласие протагониста, призывают участников группы поделиться своими чувствами, ассоциациями, опытом.

Четвертая фаза группового процесса аналитической психодрамы — «фаза экзистенциального выбора». Раньше мы считали, что этой фазы у детей и подростков не может быть в силу незавершенности их личностного развития. Но оказалось, что дети и подростки не хуже взрослых способны гово-

рить о своем предназначении, о своем пути, индивидуализировать свой собственный жизненный стиль, строить образ будущего и, наконец, нести ответственность за свое самоопределение.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К АНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОДРАМЕ

Показания практически неограниченные.

Противопоказания относительны.

Аналитическая психодрама противопоказана при:

1) высоком риске суицидального поведения;

2) остром психотическом состоянии;

3) гиперкинетическом синдроме;

4) выраженном расстройстве личности, сопровождающемся социальной дезадаптацией.

В настоящее время аналитическая психодрама занимает ведущее место среди других методов индивидуальной и групповой психотерапии. Идеи Дж. Л. Морено о ролевом моделировании нашли свое развитие в педагогике, при лечении слабослышащих детей, при котором моделирование способствует созданию «глобальной структуры» в головном мозге. Эта структура интегрирует и трансформирует все импульсы, поступающие в анализаторы, вследствие чего ребенок, не слыша речи, понимает ее и адекватно говорит с окружающими.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение аналитической психодрамы.
2. Чем обусловлен порядок расположения структурных элементов аналитической психодрамы у Дж. Л. Морено?
3. Какие базисные техники аналитической психодрамы Вы знаете?
4. В чем своеобразие техники индивидуального разогрева у детей?
5. Какова структура сеанса аналитической психодрамы?
6. В чем отличие долговременной и краткосрочной аналитической психодрамы?

Список рекомендуемой литературы

1. *Келлерман П. Ф.* Психодрама крупным планом. — М.: «Класс», 1998. - 240 с.
2. *Киппер Д.* Клинические ролевые игры и психодрама. — М.: «Класс», 1993. - 222 с.
3. *Лейтц Г.* Психодрама: теория и практика Я. Л. Морено. — М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. — 352 с.
4. Психодрама: вдохновение и техника. — М.: «Класс», 1997. — 288 с.



ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Гештальт-терапия — метод, созданный американским психологом и психотерапевтом Ф. Перлзом под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, психоанализа и, в частности, теории В. Райха о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала (Карвасарский Б. Д., 1998).

Гештальт-терапия — метод индивидуальной и групповой психотерапии, основанный на действии, которое позволяет моделировать в ситуации «здесь и сейчас» внутри- и межличностные процессы с целью осознавания, коррекции и завершения [Эйдемиллер Э. Г., 1999].

Гештальт-терапия получила свое развитие как направление психотерапии после Второй мировой войны, когда человек был особенно чувствителен к проявлениям власти, насилия, гибели и разрушений. С развитием гуманистического направления в психологии и психотерапии люди стали заботиться о том, как развить свои силы, как соответствовать тому, что хочется, как создать такую окружающую среду, которая будет полноценной для развития творческого потенциала людей.

До 90-х годов гештальт-терапия в России была представлена небольшим кругом имен — С. Ю. Куприянова, Г. Ю. Куприяновой, А. П. Федорова, Э. Г. Эйдемиллера, А. А. Александрова и др., которые проводили гештальт-терапию как в классической парадигме Ф. Перлза, так и сочетая ее с групповой психотерапией [Эйдемиллер Э. Г., 1999].

В настоящее время неуклонно возрастает интерес к гештальт-терапии в нашей стране [Эйдемиллер Э. Г., 1999], о чем свидетельствуют создаваемые институты гештальт-терапии, издаваемые книги и журналы.

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

Основателем гештальт-терапии является Ф. Перлз (1893-1970). Он окончил школу, в которой учился плохо, а затем медицинский факультет Берлинского университета, служил врачом в армии до конца Первой мировой войны. Вернулся в Берлин, получил специализацию по психиатрии, получил докторскую степень. Возможно, фрустрации, пережитые в школе, в дальнейшем привели его к критической оценке силы разума, функций Эго. Ф. Перлз работал с гештальт-психологом Куртом Гольдштейном. Эксперименты гештальт-психологии по исследованию восприятия впоследствии легли в основу психотерапевтической системы гештальт-психотерапии. Ф. Перлз проходил психоанализ у Вильгейма Райха. Последний оказал колоссальное влияние на становление мировоззрения Ф. Перлса. Идеи В. Райха о единстве тела и психики, о том, что защитные механизмы проявляются не только психически, но и телесно через изменения тонуса отдельных мышечных групп, были восприняты и развиты Ф. Перлсом. Годом зарождения

гештальт-терапии считается 1942 г., когда вышла работа Перлза «Я, Голод и Агрессивность». В 1951 г. в Нью-Йорке появилась книга «Гештальт-терапия», с этим событием и связывают официальное рождение гештальт-терапии. Здесь же Ф. Перлз в 1952 г. основал институт гештальт-терапии. В 1969 г. Ф. Перлз переехал в Канаду с намерением создать институт гештальт-терапии, но в 1970 г. скончался.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Гештальт-терапия является динамической, экспериментальной, процессуально-ориентированной терапией. Гештальт-терапия вобрала в себя положения гештальт-психологии, концепцию Райха о связи тела и психики, восточную философию дзен, экзистенциальную философию.

Из *гештальт-психологии* были взяты базисные принципы:

1) принцип значимого целого (люди не воспринимают предметы, объекты, события как независимые изолированные единицы, а организуют их в значимое целое, причем целое не является суммой его составляющих);
2) принцип ясности и выделения (наиболее насущная потребность образует наиболее ясную фигуру) на фоне других взаимосвязанных аспектах опыта; .
3) принцип гомеостаза — организмической саморегуляции;
4) принцип «контактной границы» («опыт взаимодействия на границе личностного окружения включает в себя опыт «я» и опыт «другого» и умение дифференцировать отношения между ними»);
5) принцип «закрытости» (организм стремится завершить перцептивно незавершенный опыт).

Вклад концепции Райха о связи тела и психики в гештальт-терапию: индивид презентирует эмоциональные ответы в телесную мускулатуру, тем самым «возвращает их к себе», а нежелательные эмоции подавляются через привычные телесные механизмы.

Из *восточной философии* заимствованы:

1. Принцип «здесь и сейчас».
2. Динамический процесс изменений — достижения самости.
3. Отсутствие манипуляции.
4. Расширение процесса осознавания.

Влияние философии экзистенциализма на формирование гештальт-терапии:

1) клиент-центрированный подход, при котором клиент является активным участником терапевтического процесса;
2) значимость экспериментального изменения;
3) атмосфера заботы и аутентичности;

4) взгляд на симптом как на процесс нарушения личностного роста, а не на проявление болезни.

Гештальт-терапия как экзистенциально-гуманистический подход, включивший в себя все вышеизложенные направления, имеет свою методологию. Современная гештальт-терапия выступает как настоящая экзистенциальная философия, «искусство жизни», как особый взгляд на человека в этом мире, противоречащий традиционным представлениям, провозглашающий большую ценность синтеза, нежели анализа; финализма, чем каузализма, который нацелен на прошлое; творчества и оригинальности по сравнению с нормативностью. В то же время справедливо отнесение гештальт-терапии к поздней формации психоанализа.

Гештальт-терапия представляет собой целостный подход к человеческому существу, охватывающий одновременно его сенсорную, аффективную, интеллектуальную, социальную и духовную составляющие, это ответственность человека за собственные выборы, отношения, поведение.

Три основных принципа, которыми исчерпывается сущность гештальт-терапии:

1) ценность настоящего, актуальности (своевременности);
2) ценность осознанности, осознаваемое™;
3) ценность целостности и ответственности.

Многие люди живут «на потом», думают: вот сделаю это, а потом все будет хорошо; потерплю, потом «поживу», в светлом будущем. При этом люди отвергают, уничтожают настоящее.

Сказанное хорошо иллюстрирует поговорка:

«Раз — начало,
Два — сидим,
Три — готовы,
Четыре — бежим».

Каждому живущему уместно задавать себе вопрос: на каком счете нахожусь я?

ПРИНЦИПЫ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Принцип «здесь и сейчас»*. Гештальт-терапия черпает свой источник истины в настоящем, «только настоящее существует в данный момент». Это не значит, что гештальт-терапия не признает прошлое или будущее. Важно лишь то, чтобы прошлые воспоминания или планирование будущего были актуальны в ситуации «здесь и сейчас», то есть в настоящем, а не отвлекали человека из актуальной ситуации.

Человек сам выбирает, к какому времени «принадлежат» его мысли, важно то, что в настоящий момент они являются для него самыми важными.

* Следует признать, что принцип «здесь и сейчас» впервые был декларирован в индивидуальной психологии А. Адлера и аналитической психодраме Дж. Л. Морено.

Принцип «актуальность». Среди многообразия сенсорных образов человек активно организует цепь воспринимаемых событий. В каждый момент можно выделить наиболее важное, актуальное впечатление. Человек может радостно восхищаться высоким, летним голубым небом, а потом может вспомнить, как много лет назад он уже наблюдал подобную картину и рядом стоял его друг, которого уже нет в живых, и грусть защемит сердце. Каждый момент в ситуации «здесь и сейчас» становится актуальным: вначале восхищение красивым небом, потом появляются грустные воспоминания, связанные с другом. Внимание концентрируется и переходит с одного впечатления — неба, на другое — воспоминание о друге. Важно то, что человек осознает свои актуальные переживания.

Принцип «осознавание». Осознавание является синонимом эмоционального инсайта, эмоционального понимания переживаний в настоящее время. Понятие инсайт (от англ. insight — постижение, озарение) отражает психологический феномен — внезапное, новое и невыводимое из прошлого опыта понимание, постижение существенных отношений и структуры ситуации в целом, посредством которого осуществляется осмысленное решение проблемы [Карвасарский Б. Д., 1998].

Пример. Групповая психотерапия с подростками. На одном из занятий участница группы Л., обращаясь к психотерапевту-мужчине (П.):

«Мне не нравится как Вы работаете».

П. «Что именно тебе не нравится?»

Л. «Вы обращаете внимание только на мальчишек.»

П. «Как я это делаю?»

Л. «Не знаю, мне так кажется.»

П. «Сейчас мы с тобой говорим и ты тоже так считаешь?»

Л. «Да, я понимаю. Но все равно кажется, что Вы уделяете внимание им больше.»

П. «Я таким поведением тебе кого-то напоминаю?»

Л. «Да, отца, он все свое свободное время проводил с братом, я обижалась, мне тоже хотелось быть с отцом, но он говорил, у вас у баб свои дела. Когда я пришла в группу и увидела Вас, то поняла, что Вы очень похожи на моего отца внешне. Я теперь понимаю, почему Вы меня злили».

Открытое внимание к настоящему учит принимать лицом к лицу настоящее, не пытаться бежать от него [Наранхо К., 1995]. В традициях духовных наук практика концентрации на переживаниях настоящего имеет место в занятиях медитацией. В контексте гештальт-терапии обращение к настоящему происходит в межличностной ситуации в процессе самораскрытия.

Принцип «фигура и фон». Тот образ, который «виден» отчетливо, и на нем сосредоточен интерес, называют *фигурой.* Среди множества впечатлений вокруг мы выбираем различные образы — зрительные (яркая божья коровка, ползущая по листу), слуховые (шуршание ежика), кинестетические (мягкое прикосновение ладони), обонятельные (запах свежескошенного сена). Фигура может быть как простым, так и сложным образом, который привлекает внимание наблюдателя.

Фигура обычно располагается в определенном контексте — *фоне.* Фон создает возможность для восприятия фигуры. В отличие от фона фигура имеет отчетливые границы. Эти понятия гибкие, так как фигура и фон могут поменяться местами, и то, что привлекало наше внимание сейчас, через некоторое время уходит в «фон» и возникает новый интерес, новая «фигура». «Вы входите в комнату, Ваше внимание привлекает зеркало, потом взгляд падает на вешалку и Вы видите знакомый плащ. Вас охватывает радостное возбуждение, это конечно же приехал отец!» Интерес наблюдателя в этом примере перемещался от зеркала к вешалке, потом к плащу, и, наконец, к внутреннему чувству радости.

Восприятие человека соответствует его внутренним потребностям. Желания человека определяют его текущие впечатления.

Смена фигуры и фона — это основа психической жизни.

Когда человек многому научается, осваивает многообразие опыта, тем самым он расширяет фон для развития новых фигур, поэтому он может легче адаптироваться в разнообразных жизненных ситуациях.

Жесткие семейные правила ограничивают для человека получение опыта, уменьшают «разнообразие фона», что мешает выделению четкой фигуры.

Пример. Пациентка М.: «В моей семье было принято уважать родителей, их слова для меня всегда были законом, их желания я всегда старалась выполнять. Отец умер, мама осталась одна, она хотела, чтобы я была всегда рядом, я старалась выполнять любую ее прихоть. Мне сейчас 32 года, нет своей жизни, мама была против моих друзей... У меня периодически бывает ужасное настроение, отчаяние...потом прекращается и опять все по-прежнему, но в последнее время такие «приступы» стали учащаться».

Во время психотерапевтической сессии пациентке удалось выделить фигуру — свою потребность: «Я поняла, что мои «приступы» — это протест, гнев, я не хочу больше так жить, я хочу иметь свою жизнь, хочу иметь свою семью, но я не могу ослушаться маму, нарушить правило, как маленькая девочка, а мне уже 32...».

В данном случае клиенту для того, чтобы осуществить потребность и получить удовлетворение, необходим был новый опыт — нарушить правило. Психотерапия в этом случае помогла, клиенту удалось выйти из ситуации «застревания», которая постоянно не согласовывалась с ее потребностями, и найти возможность изменить свою жизнь.

Ведущей причиной организации опыта человека является его доминирующая потребность — фигура (сосредоточение интереса), которая выделяется из фона. Отношения фигуры и фона являются динамичными, постоянно обновляющимися, но самое главное — взаимосвязанными.

Принцип «границы контакта». «Контакт — это функция, которая удовлетворяет потребность в объединении и разделении» [Польстер И., Польстер М, 1997].

Внутриутробное сосуществование младенца и матери есть естественное объединение. Ребенок растет и приобретает все большую независимость от родителей — у него сохраняется потребность в объединении и по мере взросления возрастает потребность в разделении. Контакт всегда происходит на

границе, где сохраняется разделение «я» и «другой», где «я» вступает в отношение с «другим».

Человек вступает в контакт не только с живыми существами, но также и со значимыми предметами, воспоминаниями, фантазиями, образами.

Пример. Г. старалась держаться от всех участников на расстоянии, предпочитала быть «в стороне». На последнем занятии группы она заговорила о своих сложностях в школе. Ей приходится много общаться со сверстниками, прямой контакт с которыми вызывает у нее большое напряжение. Психотерапевт предлагает осуществить эксперимент в группе — вступить с каждым участником в контакт. Г. подходит к первому, пауза, потом стремительно с ним сближается, берет за руку и сжимает ее, не обращая внимание на то, как напрягается партнер. Затем психотерапевт просит Г. обращать внимание на реакцию людей, с которыми она вступает в контакт, для того, чтобы общение для партнера было комфортным. Г. старалась совершать небольшие «шаги» и отслеживать реакцию. Затем психотерапевтом было предложено обращать внимание не только на реакцию партнера, но и на свои переживания — выстраивать комфортный контакт для обоих. В динамике взаимодействия Г. все более активно выстраивала контакт. Затем была предложена обратная связь участников группы в невербальной форме — предлагалось Г. закрыть глаза, а всем участникам встать на то расстояние от нее, которое эмоционально существует между ними. Г., когда открыла глаза, сказала: «я не ожидала, что встанут так близко, мне очень приятно...». Участники группы высказались так: «До сегодняшнего занятия я думал(а), что ты высокомерная, поэтому держишься так независимо. А сейчас я поменял(а) мнение, ты другая, и это здорово». «Мне не понравилось, как ты подходила ко мне в первый раз (говорит первый участник группы), а потом, когда ты изменила контакт, стала обращать внимание на меня, тогда да... было комфортно». «Ты стала ближе к нам, я испытываю радость от этого, до этого была тревога, я не знала, почему ты держишься в стороне». Г. сказала: «спасибо всем, для меня все произошедшее было важно, я получила новый опыт, спасибо».

Границы «я», которые определяют, что человек допускает в контакте, определяются его прошлым опытом. И это определяет действия человека, его установки, ценности. Для Г. было привычным либо избегать контакта, не вступать в отношения с другими, либо «сливаться» с другими. Гештальт-эксперимент помог расширить возможности, получить более приемлемое поведение.

Контакт может выстраиваться и *с самим собой,* так как у человека есть субличности, которые называются «внутренний наблюдатель» и «внутренний наблюдаемый». В обычной жизни между ними у одних людей бывают достаточно глубокие конфликты, а у других — продуктивный диалог. В психотерапии такое расщепление может участвовать в процессе личностного роста, способствовать саморазвитию и развитию контакта с другими людьми.

Пример. Клиент Н. с синдромом нервной анорексии. «Одна моя часть привыкла к ограничениям с детства — я часто болела, было многое нельзя —

из еды, активно играть, родители постоянно опекали и многое не позволяли делать самой. Это действительно похоже на то, что я сейчас делаю сама с собой — ограничиваю еду, контакты с людьми... А другая моя часть хочет жить по-другому, общаться с людьми, испытывать удовольствия...в том числе и от еды. По мере психотерапевтических занятий она — эта часть — растет, она уже стала сильнее, я как-будто расслабилась и даже стала позволять себе больше из еды, да..., самое главное, я стала общаться со сверстниками». Способность сохранять ощущение собственных границ позволяет человеку допускать или блокировать вступление в контакт. Граница «я» фиксирована не строго, и это является ресурсом развития для человека и его психотерапевтических изменений.

Восприятие границ «я» можно описать с позиций: телесных границ, границ ценностей, границ доверия, границы проявления, границы открытости [Польстер И., Польстер М., 1997]. Остановимся на телесных границах и границах ценностей.

Телесные границы определяются возможностью человека чувствовать свое тело. У ребенка, у которого сформирован телесный образ «я», существует прекрасный контакт со всем своим телом, он живет и его тело участвует в эмоциональных переживаниях и действиях. По мере получения опыта, человек может встречать запреты на различные формы бурного реагирования, и он подавляет свои чувства, в результате чего теряет способность взаимодействовать с частями собственного Я.

Границы ценностей человека связаны с тем, что он вступает в контакт только с теми, кто находится внутри его границ.

Пример. Клиент К.: «Я недовольна, когда отец приглашает своих родственников в гости. Последний раз даже был скандал. Понимаете, они не мои люди. С ними не о чем разговаривать. Я уже не говорю о гениальных произведениях Сезанна, но, наконец, о Тициане или Рембрандте можно поговорить.». Дед К. увлекался живописью, много знал о художниках и искусстве и привил это своей внучке. Расширение своих границ ценностей дало возможность К. принимать тех, кого она ранее называла «не мои люди», дало ей возможноть творчески приспособиться к среде, сохранить контакты, которыми она дорожила.

Границы ценностей человека сводят его поведение к тем рамкам, которые определены правилами. Например, если в правилах человека заложено предписание придерживаться определенной эмоциональной сдержанности, то он и старается своим поведением это правило поддерживать, другое, отличное от него поведение он встречает несогласием, непринятием, так как границы «я» не дают ему эту возможность.

Вся совокупность проявлений на границе контакта и есть проявление Я, или селф (self), «бытие-в-мире», которое изменяется в зависимости от возникающих ситуаций. Селф является индивидуальным способом проявления «я» в контакте с окружающей средой и может функционировать в трех режимах: Id-функция, Ego-функция, Personality-функция.

Id-функция связана с осознаванием желаний, потребностей, то есть выделением яркой фигуры.

Ego-функция связана с поиском и выбором объекта.

Personality-функция связана с возможностью интегрировать прошлый опыт, формировать представления о самом себе.

Исходя из вышесказанного, теория Я в гештальт-терапии представляет собой сложную систему контактов, необходимых для адаптации. И здоровье означает гибкость границ, игру контакта и отступления.

Психоз, согласно теории гештальт-терапии, представляет собой нарушение Id-функции, так как человек не способен выделить свою собственную потребность из фона-контекста интрапсихического пространства.

Невроз представляет собой нарушение Ego-функции и Personality-функции, что ведет к неспособности выбрать адекватный способ поведения, творческого приспособления.

ЦИКЛ ОПЫТА (ГЕШТАЛЬТА)

С точки зрения гештальт-терапии способ функционирования личности в окружающей среде рассматривается с точки зрения того, что происходит на границе контакта организма с окружающей средой. Именно на этой границе происходят все психологические явления.

Граница контакта есть построение гештальта как формы, структуры, конфигурации, значимого организованного психического целого, есть завершение и отступление.

Человек определяет свою ведущую потребность и способен ее удовлетворить, затем возникает новая потребность, и это есть непрерывный процесс образования и исчезновения гештальтов. Цикл удовлетворения потребности называют циклом гештальта. По мере построения цикла обнаруживается гибкость соотношений фигуры-фона.

П. Гудман выделяет в цикле опыта следующие этапы (рис. 34).

1. Преконтакт.
2. Вступление в контакт.
3. Окончательный контакт.
4. Постконтакт, отступление.

На фазе *преконтакта* self функционирует в режиме Id, человек переживает ощущение и осознает свое чувство, вокруг которого концентрируется интерес и выделяется фигура.

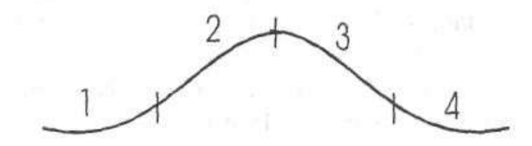


Рис. 34. Цикл опыта по П. Гудману.

На фазе *вступление в контакт* self функционирует в режиме Ego, происходит поиск желаемого объекта, который может удовлетворить актуальную потребность. Уже выбранный объект становится выделяющейся фигурой на фоне.

На фазе *окончательного контакта* self продолжает функционировать в режиме Ego, осуществляется взаимодействие организма с выбранным объектом, осуществляется цельное действие, в этот момент границы контакта стираются.

На фазе *постконтакта, отступления* self функционирует в режиме Personality, интегрируется только что полученный опыт, процесс постепенно завершается и организм открыт новому опыту. Таким образом, цикл опыта завершен, гештальт закрыт.

Предположим, Вы наблюдаете какие-то ощущения (сосредоточение интереса), понимаете, что это чувство голода (выделение фигуры на стадии *преконтакта).* В окружающем мире Вы ищете объект для удовлетворения своей актуальной потребности — и находите яблоко (концентрация внимания сосредоточена на объекте — *вступление в контакт).* Вы начинаете есть яблоко (происходит взаимодействие с объектом, граница контакта стирается — стадия *окончательного контакта).* Вы чувствуете приятное насыщение, и Вы открыты новому опыту (процесс завершился, на фоне начинает выделяться новая фигура, например, желание спать, — стадия *постконтакта, отступления).*

Не всегда self проявляется так свободно, в процессе построения гештальта возникают те или иные сопротивления, «невротические нарушения на границе контакта» (Перлз Ф.), разновидности потери функции Эго (Гудман П.), сопротивление — адаптация [Польстер Е., Польстер М., 1973].

ОСНОВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ СОПРОТИВЛЕНИЯ В ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

В гештальт-терапии выделяют несколько основных механизмов сопротивления, которые в других концепциях рассматриваются как психологические защиты:

— конфлюэнция;

— интроекция;

— проекция;

— ретрофлексия;

— дефлексия.

Эти механизмы могут проявляться в здоровых конструктивных отношениях, так как они необходимы для психосоциального равновесия и являются здоровой реакцией приспособления, если это своевременно и соответствует ситуации.

Позже к этим механизмам были добавлены профлексия и эготизм [Гингер С, Гингер А., 1999].

Конфлюэнция, или слияние — это процесс, когда отсутствует граница между «я» и окружающим миром, так как не учитывается разница между ними, не признается отдельность каждого человека.

Проявления конфлюэнции: 1) человек использует в своей речи вместо «я» местоимение «мы» (часто на приеме психотерапевта можно слышать, когда мать говорит про своего ребенка: «у нас проблемы с учебой»); 2) человек не уважает разницу между собой и другими, проявляет злость, когда эта разница вскрывается; 3) считает, что можно «читать мысли и чувства другого» («мой муж меня совсем не любит, он даже не спросил меня, как прошел сегодняшний день»).

Конфлюэнция как нормальный процесс существует во взаимоотношениях маленьких детей со своими матерями, между влюбленными людьми, между спортсменами в одной команде, коллегами, объединенными идеей и целью. Но конфлюэнция может выступать в качестве неконструктивного механизма в контактах, когда, например, мать не позволяет своему сыну-подростку сделать самостоятельный шаг, считая, что еще «мал». Тем самым она тормозит его нормальное развитие. Или же супруги, которые считают, что они не имеют права делать что-то не вместе.

Интроекция — это процесс идентификации с окружением, во время которого концепции, отношения, стандарты поведения, мораль, ценности впитываются личностью без критической обработки.

Интроекция проявляется тем, что человек использует в своей речи «я должен», «мне следует» («я должен быть всегда сдержанным», «мне следует всегда оставаться в тени»), нереалистическими ожиданиями от себя и других («мой мальчик вырастет и будет самым умным, самым сильным»), поиск хороших поведенческих паттернов («вот, смотри, как Петя Иванов ведет себя с родителями, какой хороший мальчик»).

Конструктивное использование интроекции лежит в основе воспитания детей. Ребенок обучается жить в этом мире при помощи взрослого, он верит взрослому и усваивает правила жизни, которым его обучают. Маленький ребенок обучается и ролевым моделям в семье — как ведут себя мужчины, женщины. В школе есть свои правила поведения — как ученику необходимо вести себя. По мере взросления человек попадает в различные группы, где существуют свои правила, и для того, чтобы быть участником этой группы, необходимо выполнять эти правила, которые звучат «я должен...». Конфликт развивается тогда, когда человек пытается пробовать, сравнивать, опровергать, изменять систему верований группы — семейной (подросток критикует правила своих родителей, пытаясь добиться своей автонимии), профессиональной (молодому человеку с новыми современными взглядами ставят постоянные барьеры).

Проекция — это процесс переноса своей ответственности на окружение, когда позитивные и/или негативные свойства, верования, поведение, чувства, которые в действительности относятся к самой личности, приписываются другим.

Проявление проекции можно заметить, когда человек использует вместо местоимения «я» — «ты», «он», «она» («что ты такая злая», на самом деле эта злость принадлежит тому, кто говорит, а не тому, кому говорят эти слова), критические осуждения, заявления, направленные на других («ты не способна хорошо делать уроки»).

Пример. На сеансе семейной психотерапии мать говорит о своей младшей дочери, что она неряшлива, не хочет убирать комнату. Еще она не слушается, ест много варенья вместо супа. Затем выясняется, что в семье за уборкой следит отец, мать сама любит варенье, но не может себе позволить съесть его столько, сколько ей хочется.

Надо сказать, что достаточно часто в семьях с нарушенными отношениями родители проецируют свои негативные качества, проявления на своих детей.

Проекция — это феномен, который помогает в общении с человеком создать контакт, быть эмпатичным. Через проекцию человек воздействует на мир и получает обратную связь. Патологической проекция является тогда, когда она постоянна и стереотипна, возникает вне зависимости от реального поведения людей: «Меня никогда не понимают ...», «Никому никогда нельзя доверять...». Происходит искажение реальности, и это мешает человеку взаимодействовать с окружением, оценивать свой вклад.

Ретрофлексия — это процесс, при котором нарушение контакта с окружением происходит за счет возвращения энергии обратно в замкнутую внутриличностную систему, чувства, которые направлялись на объект в окружающем мире, возвращаются назад, как бы против себя. Человек сам становится этим объектом для выражения чувств. Таким образом, ретрофлексия «разделяет» человека на того, кто это действие производит, и того, над кем производится действие. Человек делает себе то, что хотел бы сделать другому (сдерживая злость, он сжимает кулаки, напрягает тело, кусает губы) или же делает самому себе то, что хотел бы получить от других (чрезмерно заботится о себе). Проявления ретрофлексии можно «увидеть», когда человек задерживает дыхание, сжимает кулаки, закусывает губы, у него изменяется цвет кожи (побледнение, покраснение), напрягается тело, появляются соматические проявления (болит голова, спазмы в области живота и т. д.). Ретрофлексия в конструктивном использовании является признаком социализации, самоконтроля, самодисциплины, то есть тех качеств, которые необходимы для адаптации в цивилизованном обществе. При неконструктивном использовании ретрофлексии человек закрепляет определенный способ реагирования — постоянное подавление внутренних импульсов (мазохистическое поведение, психосоматические расстройства, саморазрушающее поведение) или, наоборот, нарциссическое удовлетворение.

Нередко в семьях родители обвиняют своих выросших детей в том, что у них есть, кроме родителей, своя жизнь. «Я все тебе отдала, а ты ко мне так относишься».

Пример. Мать пришла на консультацию по поводу своего младшего сына (15 лет) вместе со старшим сыном, который со слов матери «замечательный ребенок» (ему было 23 года) в отличие от младшего. Старший сын вел себя чрезвычайно сдержанно, периодически краснел, сжимал кулаки, но не перечил матери. Младший ребенок говорил эмоционально, соответственно этому и вел себя, когда мать пыталась незаслуженно ругать его. Сама же о себе она говорила, что ей — инвалиду II группы (гипертоническая болезнь), приходится спать в тяжелых условиях на пуфиках, так как с мужем они не разговаривают уже 10 лет, живут в одной маленькой квартире, в одной из комнат которой спят дети, а в другой ее муж и она на полу. Яркие проявления ретрофлексии у матери (психосоматическое заболевание) и у старшего сына (выяснилось, что у него есть проявления вегетососудистой дистонии по гипертоническому типу).

Дефлексия — это процесс ухода от прямого контакта с собой (от своих глубоких переживаний) и с объектами окружающего мира (нет чувства безопасности).

В случае дефлексии поведение человека выражается в избегании, уходе от прямого контакта глазами (предпочитает смотреть в сторону), отклоняется позой, стремится выйти из контакта. В беседе старается не говорить об актуальном настоящем, в группе стремится не выделяться. Дефлексия также имеет конструктивное предназначение в жизни. Примером этому может служить язык дипломатов, политиков в тех областях и ситуациях, в которых необходимо избегать открытого конфликта.

Мать переключает внимание малыша, который огорчен, плачет и не может успокоиться, глядя на какой-то привлекающий его внимание объект. В неконструктивном использовании дефлексия будет препятствовать любому подлинному контакту.

Пример. Пара приходит на 3-ю сессию психотерапии. Психотерапевт спрашивает об их переживаниях, ситуациях, изменениях. Получает ответ: «Мы стараемся ни о чем не говорить «таком», только с Вами».

Выясняется в ходе сессии, что они вместе живут два года, при этом мужчина состоит в браке с другой женщиной. Этот факт беспокоит настоящую партнершу, и она это очень переживает, а мужчина, с его слов, уже определился с отношениями, но трудно начать процедуру развода: «Не хочу скандалов, разбирательств с родственниками...». Партнеры предпочитают уйти от конфликтной области отношений.

Часто сопротивления сосуществуют вместе или сменяют друг друга. Вспомним пример с яблоком, которое выбрано объектом для утоления чувства голода. Есть яблоко, но «яблоко последнее, брать последнее плохо, хорошая мама оставляет последнее яблоко ребенку» — пример *интроекции,* «а вдруг сын придет и захочет яблоко» — пример *проекции.* Или пример *дефлексии,* связанный с подготовкой к экзаменам, «скучная, противная зубрешка предстоит, хожу по квартире, постоянно нахожу какие-то дела, сто раз на кухню зайду, или на книгу отвлекусь». Пример сочетания сопротивлений: «Когда я себя балую, то испытываю угрызения совести, бабушка всегда

говорила, что в жизни надо постоянно трудиться и заботиться о других» — пример *ретрофлексии, интроекции и конфлюэнции.*

Выделение сопротивлений и осознавание их клиентом является задачей психотерапии, так как овладение с сопротивлениями дает возможность пройти цикл опыта и завершить гештальт.

Профлексия. «Профлексия (Сильвия Крокер) проявится как сочетание проекции и ретрофлексии: сделать другому то, что самому хотелось бы от него получить. Например, я расхваливаю чужой костюм только затем, чтобы его обладатель обратил внимание на мой собственный» [Гингер С, Гингер А., 1999].

Эготизм. Под эготизмом понимают осознанное усиление границы-контакта, гипертрофию Эго. Часто это происходит в результате психотерапии, в частности гештальт-терапии, когда происходит усиление чувства личной ответственности за происходящие личностные изменения.

ГЕШТАЛЬТ-ЭКСПЕРИМЕНТ

Эксперимент в гештальт-терапии выстраивается, исходя из актуальных потребностей клиента, соотнесенных с реальными событиями. В процессе психотерапии клиент сталкивается с осознаванием переживаний, у него появляется возможность проявить активность, которая могла бы соответствовать его актуальным потребностям и возможностям.

Пример. Во время групповой психотерапии одна из участниц постоянно избегала контактов с психотерапевтом, потом не выдержала и обратилась: «Я не знаю, почему ты меня раздражаешь. Что бы ты не делала, головой понимаю, что вроде бы не на что злиться, хочу в этом разобраться». Был поставлен гештальт-эксперимент.

Психотерапевт: Когда ты меня видишь сейчас, что чувствуешь?

Клиент: Непонятное чувство какое-то. Раздражение...обида... А одновременно интерес к тебе, симпатия, хочу иметь с тобой дружеские отношения...

Психотерапевт: Скажи пожалуйста вначале от одной части себя, которая хочет иметь дружеские отношения.

Клиент: Я хочу быть ближе с тобой, у меня много знакомых, а друзей нет.

Психотерапевт: А теперь от другой части.

Клиент: Я тебе не доверяю, я боюсь тебе доверять... Я вспомнила, когда мне было 15 лет, у меня была подруга, она чем-то похожа на тебя. Это был настоящий друг, я ей всегда все доверяла. Но однажды я прогуляла урок, а моя мама позвонила ей, и она сказала, что меня не было. Это было предательство.

Психотерапевт: Ты с ней говорила об этом?

Клиент: Нет, я с ней просто перестала общаться.

Психотерапевт: Представим, что на этом месте, где сижу я, сидит твоя подруга, чтобы ты ей сказала?

Клиент: Как ты могла так поступить, я тебе во всем доверяла как сестре! У тебя был дурацкий принцип — ты никогда не врала. Я знала об этом, ты

меня предупреждала. Тогда я расценила это как предательство, сейчас я смотрю по-другому. Сейчас понимаю, что после этого случая я боялась верить людям, и не имела друзей...

Психотерапевт: Что-то хочешь еще сказать?

Клиент: Да, я прощаю тебе, потому что понимаю сейчас тебя. А еще (обращается к психотерпевту) тебе спасибо, что помогла разобраться...а еще мне хочется позвонить своей бывшей подруге, хотя мы с ней не виделись больше 10 лет.

Для гештальт-терапии способность переживать, быть в контакте со своими чувствами уже является коррекцией. Один из путей привести клиента в состояние контакта — это прекращение избегания чувств, не прерывать континуум переживаний. Другой — усилить внимание к себе в форме осознанного преувеличения.

Пример. Подросток сидит напротив психотерапевта, молча нахмурив лоб и постукивая рукой об стол.

Психотерапевт: Что ты сейчас чувствуешь?

Подросток: А..., ничего.

Психотерапевт: Спроси у своей руки, которой ты стучишь, какое это чувство?

Подросток: М... м..., напряжение...

Психотерапевт: Усиль, пожалуйста, это постукивание раз в пять.

Подросток: О! Это злость.

Эксперимент в рамках гештальт-терапии, с одной стороны, ставит клиента перед лицом требований жизни, побуждает его к активному действию (например, проявлению чувств), а с другой стороны, создает безопасность (например, репетиция реальной ситуации). Процесс образования гештальта на основе собственного опыта каждого клиента является уникальным.

Практически любая техника в гештальт-терапии представляет собой предписание: бери ответственность, воспринимай себя, как автора своих поступков, ощущай себя, «то есть обнаруживай в себе способность чувствовать, переживать, получать опыт».

Работа с сопротивлениями в гештальт-терапии. В гештальт-терапии важной задачей является осознание внутренних механизмов, которые толкают клинетов на повторение неконструктивных поступков, и мешают достигнуть завершенности жизненных событий. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы усиливать и поддерживать конгруэнтное поведение, которое предполагает установление подлинного контакта между людьми, и развивает творческое приспособление к окружающей среде.

В технике работы с *интроектом* можно выделить следующие этапы:

— выделить интроецированное послание;

— определить человека, который дал это послание;

— определить собственные потребности, взгляды, верования;

— отделить собственные потребности от потребностей человека, дающего послание;

— принять решение жить собственной жизнью.

Пример. Супружеская психотерапия, выполняемая в парадигме гештальт-терапии.

На приеме мужчина (М.) и женщина (Ж.).

Ж.: Я не могу решиться на второй брак, у меня есть ребенок, я за него несу ответственность. А еще будет муж, за которого надо будет нести ответственность.

Психотерапевт (П.): Откуда у вас такое решение, что Вам будет необходимо нести ответственность за мужа?

Ж.: Так мама делала и говорила мне об этом. В моем первом браке она все время вмешивалась. Мы с первым мужем были от нее зависимы, ничего сами не решали. Наш брак распался, хотя у нас и был ребенок, но мы сами были детьми. Сейчас другое дело.

П. (обращается к партнеру): Насколько Вам подходит то, что за Вас будут брать ответственность?

М.: Мне это совсем не подходит, я привык нести ответственность за себя сам, а еще я хотел бы нести часть ответственности за свою женщину и ее ребенка.

Ж.: Я бы тоже хотела... Мамы нет в живых, я смотрю на отца, у него другая жена, и я вижу, что мама вынужденно так делала, отцом необходимо было управлять, я понимаю, что у меня другая жизнь, мне совсем не хочется брать за моего мужа в будущем ответственность.

Работа с проекцией. Заключается в том, чтобы вернуть «свое» — чувства, поведение, потребности, для того, чтобы вернуть отвергнутые части Я. Можно использовать технику «горячего стула».

Пример. Пациент, юноша И. 18 лет.

И.: Все вокруг ходят злые, мне бывает страшно и небезопасно, когда я ухожу из дома.

Психотерапевт (П.): Кто именно тебе кажется таким опасным, злым?

И.: Да многие...

П.: Кого сейчас вспоминаешь?

И.: Парень из института С.

П.: Представь на стуле, который стоит перед тобой, этого человека, попробуй вступить с ним диалог.

И.: Трудно...Я испытываю неловкость, хочется убежать, чувствую от него угрозу... Но хорошо, я попробую. Привет.

П.: Теперь пересядь на другой стул и ответь.

И.: Ну, привет.

П.: Что ты чувствуешь к человеку, который сидит напротив тебя, к И.?

И.: Ничего, спокойствие.

П.: Пересядь опять на свой стул, что бы ты мог сказать со своего стула С?

И.: Трудно...Я хочу сказать, что мне не нравится, что ведешь себя так надменно.

П.: Что ты чувствуешь по отношению к С?

И.: Не знаю, наверное, злость.

П.: Так кому принадлежит злость?

И.: Мне.

Работа с ретрофлексией. Необходимо перераспределить внутреннюю энергию так, чтобы она смогла канализироваться в окружающий мир. В процессе работы обращается внимание на дыхание, телесные проявления, выделяется смысловая причина сдерживания эмоций.

Пример. Клиент — девушка К., 16 лет.

П.: Какое у тебя сейчас настроение?

К.: Нормальное.

При этом можно отметить у К. напряжение в области спины, рук, мимических мышц лица, дыхание она старалась задерживать, нога раскачивалась.

П.: Я тебе дам кусочек бумаги, ты можешь сделать с ним все что хочешь, главное, чтобы ты передала свое настроение.

К. комкает лист бумаги и говорит: «хочется его выбросить».

П.: Когда ты смотришь на скомканный лист бумаги, что ты чувствуешь?

К.: Раздражение.

П.: На кого ты чувствуешь раздражение сейчас?

К.: На себя.

П.: Покажи, пожалуйста, на листе бумаги, как это происходит.

К. комкает бумагу еще больше.

П.: Попробуй дать голос своим действиям.

К.: Так тебе и надо, еще больше надо было, все тебе мало, еще получи, еще, сама во всем виновата... При этом комкает бумагу все сильнее... У меня так часто бывает, я всегда нахожу свою вину, вот сейчас перед приходом сюда поссорилась с парнем, он опоздал на 30 мин. И даже ничего не объяснил, а я спешила, даже не успела поесть, боялась опоздать.

П.: Ты сказала ему об этом?

К.: Нет, зачем...я привыкла терпеть, мама говорит нельзя показывать своих чувств.

П.: Когда ты увидела парня, что ты чувствовала?

К.: Раздражение вначале, а потом сдержалась, и испортилось настроение.

П.: Представь, что твой парень сейчас находится перед тобой.

После этих слов у К. опять появилось напряжение в спине, мимических мышцах, она сжала кулаки.

К.: Трудно.

П.: Если дать голос твоим сжатым в кулаки ладоням, что бы они сказали, скажи от их имени.

К.: Мы на тебя злимся, очень, ты не в первый раз так делаешь, К. постоянно тебя ждет, она может чем-то пожертвовать, а у тебя постоянно находятся причины, большая злость, хочется что-то швырнуть в него... Берет пластиковый мячик и кидает, напряжение спадает, смотрит на свою смятую бумагу: «сейчас мне хочется ее взять и разгладить».

П.: Делай то, что хочешь.

К. берет сжатую бумагу, разглаживает.

П.: Попробуй сопровождать свои действия словами.

К.: «Хорошая, хорошая, вот так тебе лучше», разглаживает бумагу, «Я на него злилась, так всегда. Я свою злость на других сдерживаю, мама приучила».

Работа с дефлексией. Задача заключается в том, чтобы усилить у клиента контакт с собой и окружением, при этом обращают внимание на дыхание и на контакт глаз.

Пример. Работа с дефлексией и ретрофлексией.

Клиент С, 16 лет. (инцест в анамнезе) На одной из сессий обсуждался вопрос взаимоотношений с отчимом К. На вопрос психотерапевта «Что ты сейчас чувствуешь?» последовал ответ: «Вы как всегда меня спрашиваете, а мне всегда трудно говорить о чувствах, и сейчас ничего не чувствую». При этом, когда она говорила, то отворачивалась в сторону.

П.: Попробуй посмотреть на меня и сказать, что ты сейчас чувствуешь к отчиму, при этом не сдерживай дыхание, дыши.

С: У меня напряглось все тело, каменеет подбородок...

П.: Продолжай говорить дальше, что происходит с тобой, обо всех изменениях.

С: Чувствую напряжение в руках... сейчас только напряжение в руках.

П.: Сообщай мне об изменениях, даже небольших.

С: Напряжение в груди возникло, в скулах, хочется крикнуть.

П.: Попробуй это сделать.

С: Сжимает кулаки: «Ненавижу, ненавижу...Ненавижу.»

П.: Посмотри на меня и скажи, что ты чувствуешь к отчиму?

С: Огромную злость, ненависть.

Работа с конфлюэнцией. Цель работы с конфлюэнцией сводится к тому, чтобы человек начал проживать свой опыт отношений, выборов, не смешивая его с опытом другого. Чтобы достигнуть этой цели, необходимо развить границы, выделиться из слияния с другим /другими.

Пример. Групповая психотерапия подростков.

Юноша И., 14 лет, отличался чрезвычайной сдержанностью, рассказал, что в школе ему очень достается от некоторых ребят, два мальчика из класса его дразнят, а он не может им ответить.

П.: Что ты чувствуешь к этим ребятам?

И.: Злость, хочется убежать.

П.: Представь, что перед тобой сейчас находятся эти ребята (подростки из группы); скажи, что ты сейчас чувствуешь к ним?

И.: Сжимает кулаки, губы и молчит, оборачивается к психотерапевту и говорит: «У меня злость к ним, но я не могу ее выразить, мне хочется их стукнуть... Но это делать нельзя.»

П.: Кто это говорит, что нельзя?

И.: Мама, она говорит, что все можно решить словами. Когда мне было 10 лет, во дворе меня обозвал один парень, я его попросил так не делать, он опять, в общем потом была драка и мне здорово влетело от матери, а потом и от отца, а он никогда ни в чем не разбирался, может быть понял...сейчас он с нами не живет и я его не вижу.

П.: Что мама конкретно говорила тебе?

И.: Все вопросы ты должен решать спокойно, надо всегда быть сдержанным.

П.: Обращаясь ко всей группе: Ребята, встаньте вокруг К. и повторите эти слова все вместе несколько раз.

И.: Стоял внутри круга, у него сжимались кулаки, губы и нарастало напряжение в спине: «Я так больше не хочу, хочу выйти из этого», вырывается из круга.

П.: Что ты сейчас хочешь?

И.: Я хочу сказать своей маме, что может быть ей это нужно, все решать спокойно и быть сдержанной, но я больше так не хочу, и если на меня будут нападать и обижать, я буду защищаться.

П.: Чтобы бы ты сказал своим обидчикам?

И.: Если вы еще хоть раз меня обзовете, пеняйте на себя (голос его звучал громко и твердо).

СТРУКТУРА СЕАНСА ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИИ

Гештальт-терапия носит холистический характер, полем гештальт-терапии является личность и организм клиента. Большинство современных гештальт-терапевтов придают значение телесным проявлениям не только клиента, но и своим собственным.

В отличие от психоанализа клиент реально сталкивается «телом к телу» с психотерапевтом, для того, чтобы развить эмоцию, которая оживляет воспоминания. Поэтому мы нередко в процессе работы подкладываем клиенту подушку или предлагаем ударить по ней для усиления проявления эмоции. Важно, чтобы клиент смог достигнуть освобождения и катарсиса, а затем снова вернуться к вербализации, а с ее помощью к осознаванию неструктурированных до этого «фигуры и фона». В работе с детьми возрастает значение телесного материала, проявленного в действии. Для ребенка естественнее невербальный язык, проигрывание своих эмоций, освобождение их через игру, чем вербальная дискуссия.

Какие этапы можно выделить в сессии гештальт-терапии?

Схематично можно было бы это представить так: начало вступления в контакт, выделение актуальной потребности клиента — фигуры, построение гештальт-эксперимента.

В начале сеанса психотерапевт устанавливает контакт с клиентом, собирает информацию. Сбор информации позволяет клиенту, с одной стороны, вступить в контакт с «другим», почувствовать безопасность, с другой стороны, сориентироваться в своих потребностях. Ребенок в отличие от взрослого еще более беззащитен, поэтому для него еще более важно создать комфортное пространство. Ребенку не всегда легко понять самого себя и выразить это словами, поэтому ведущее место занимают невербальный язык и невербальные методы. Чем меньше ребенок, тем большее значение имеют невербальные средства. Ребенок в отличие от взрослого больше находится в ситуации «здесь и сейчас», фокусируется на том, что происходит в настоящем. Но выделить четко проблему, ее предъявить для работы по силам только детям, начиная с 6 лет. Поэтому важным в работе с детьми является создание доверительных отношений, позитивное принятие и уважение.

По мере установления доверительного контакта, психотерапевт получает информацию о своем клиенте. Эту информацию психотерапевт получает от

родителей клиента и от встреч с ним. На основе полученной информации и диагностики психотерапевт создает гештальт-эксперимент. На этой стадии важно, чтобы клиент восстановил контакт со своими чувствами. Маленькому ребенку не всегда просто описать свои чувства из-за скудного владения вербальным языком.

Пример. Клиент — мальчик 5 лет, рисовал свое настроение и старался описать его — «оно такое, очень серьезное» (так он старался описать свою злость).

В психотерапии у ребенка появилась возможность соприкоснуться со своими чувствами и отреагировать.

Пример. Другой клиент 6 лет, сдержанный и воспитанный мальчик, с великим удовольствием строил и с криком радости разрушал башенки из кубиков. До психотерапии подавленные эмоции этого ребенка, которые были результатом перенесенной травмы и воспитания в «сдержанной» семье, проявлялись в виде криков в ночное время. Когда ему было 2 года, он выпал с 4-го этажа дома и попал в больницу. На психотерапевтических занятиях он моделировал с помощью психотерапевта разные моменты этой тяжелой ситуации, соприкасался со своими переживаниями, пересматривал поведение.

Детям, которые зависимы от своих родителей, трудно признавать свои негативные чувства по отношению к ним. Если они есть, важно, чтобы ребенок их мог доверить психотерапевту, который поможет их отреагировать, осознать и подвергнуть коррекции.

Гештальт-терапия не направлена непосредственно на ликвидацию симптома, а направлена на совместное исследование с клиентом его проблем. Разрешение проблем с помощью осознавания и коррекции приведет к редукции симптомов. Роль психотерапевта заключается в том, чтобы «позволять и благоприятствовать, не обгонять и не тормозить клиента, а сопровождать его, оставаясь при этом самим собой» [Гингер С, Гингер А., 1999].

В гештальт-терапии переживания психотерапевта занимают центральное место. Гештальт-терапия представляет большую, чем в других психотерапевтических системах, спонтанность и свободу действий для психотерапевта, что в свою очередь подразумевает большую свободу сознательного выбора для клиента.

Психотерапевт является полноправным участником построения нового опыта, он живет в психотерапевтическом пространстве со всей гаммой чувств. Важно только, чтобы свобода и спонтанность психотерапевта носили ответственный характер.

Пример. Андрей, 18 лет, принимал участие в групповой психотерапии.

Групповая психотерапия проходила 6 дней по 4 часа каждое занятие.

Его поведение в группе на протяжении 3 дней было следующим. А. занимал пассивную позицию наблюдателя, был сдержан в проявлении чувств, хотя была заметна его эмоциональная заинтересованность — он внимательно следил за событиями в группе, принимал участие в групповой дискуссии, в моменты эмоционального напряжения реагировал лишь вегетативными проявлениями, усилением тонуса мышц. Каждый раз по завершении дня он гово-

рил о том, что плохо себя чувствует. В начале следующего дня он говорил о непонятной тяжести и сложности со сном. Свою проблему он рассказал на 5-й день работы группы: «В последнее время, когда я стал учиться в институте, у меня появились сложности во взаимоотношениях со сверстниками, мне кажется, что они плохо говорят обо мне, считают меня не таким. И еще трудности во взаимоотношениях с девушками».

— Что ты чувствуешь в тот момент?

— У меня такое состояние, когда здесь (показывает на солнечное сплетение) бывают неприятные ощущения.

— Опиши, пожалуйста, их.

(Способ усиления контакта).

— Но это какой-то комок, плотный, неприятный, склизкий.

— Что ты чувствуешь?

— Какой-то страх... не знаю.

— Если твоему страху дать голос, что бы он сказал?

— Не знаю. У меня не получается.

И начинает уходить в разговор о чем-то.

(Можно отметить прерывание цикла контакта дефлексией).

— Какое отношение имеет то, что ты рассказал, к твоему страху?

— Никакого.

Стал опять что-то рассказывать.

— А то, что ты рассказал сейчас?

— Никакого, я все время ухожу.

(Осознавание своего сопротивления).

— Ты хочешь разобраться со своим состоянием?

— Да.

(Принятие ответственности)

— Соприкоснись сейчас со своим комком, будь им, что бы он сказал?

— Не знаю. Мне трудно, я не понимаю.

— Обрати внимание на то, что происходит с тобой. Сообщай мне те изменения, которые будут происходить в твоем теле, какие появляются мысли, переживания.

— Хорошо. Какое-то напряжение в этой области... Страх... Тревога.

Трудно сказать.

— Да. Продолжай дальше, говори мне о своем состоянии, мыслях, желаниях, сконцентрируйся на себе.

— Хочется сделать так (поднимает вверх руки и потягивается).

— Хорошо, продолжай дальше, слушай себя.

(Поддержка психотерапевта, сопровождение клиента).

— Ну не знаю (улыбается, опускает глаза).

— Что сейчас?

— Уууу... Но хочется как-то лечь (несколько смущаясь).

— Делай то, что ты сейчас хочешь.

Ложится на скамейку, улыбается, потягивается.... через некоторое время обращает внимание на ребят в группе, встрепенувшись встает, «что я разлегся, работать надо и ребятам скучно».

(Вероятно, в этот раз цикл прервался из-за интроекта, важна была поддержка).

Высказывания участников группы: «Я бы тоже с удовольствием полежал сейчас, тоже хочется потянуться.»

родителей клиента и от встреч с ним. На основе полученной информации и диагностики психотерапевт создает гештальт-эксперимент. На этой стадии важно, чтобы клиент восстановил контакт со своими чувствами. Маленькому ребенку не всегда просто описать свои чувства из-за скудного владения вербальным языком.

Пример. Клиент — мальчик 5 лет, рисовал свое настроение и старался описать его — «оно такое, очень серьезное» (так он старался описать свою злость).

В психотерапии у ребенка появилась возможность соприкоснуться со своими чувствами и отреагировать.

Пример. Другой клиент 6 лет, сдержанный и воспитанный мальчик, с великим удовольствием строил и с криком радости разрушал башенки из кубиков. До психотерапии подавленные эмоции этого ребенка, которые были результатом перенесенной травмы и воспитания в «сдержанной» семье, проявлялись в виде криков в ночное время. Когда ему было 2 года, он выпал с 4-го этажа дома и попал в больницу. На психотерапевтических занятиях он моделировал с помощью психотерапевта разные моменты этой тяжелой ситуации, соприкасался со своими переживаниями, пересматривал поведение.

Детям, которые зависимы от своих родителей, трудно признавать свои негативные чувства по отношению к ним. Если они есть, важно, чтобы ребенок их мог доверить психотерапевту, который поможет их отреагировать, осознать и подвергнуть коррекции.

Гештальт-терапия не направлена непосредственно на ликвидацию симптома, а направлена на совместное исследование с клиентом его проблем. Разрешение проблем с помощью осознавания и коррекции приведет к редукции симптомов. Роль психотерапевта заключается в том, чтобы «позволять и благоприятствовать, не обгонять и не тормозить клиента, а сопровождать его, оставаясь при этом самим собой» [Гингер С, Гингер А., 1999].

В гештальт-терапии переживания психотерапевта занимают центральное место. Гештальт-терапия представляет большую, чем в других психотерапевтических системах, спонтанность и свободу действий для психотерапевта, что в свою очередь подразумевает большую свободу сознательного выбора для клиента.

Психотерапевт является полноправным участником построения нового опыта, он живет в психотерапевтическом пространстве со всей гаммой чувств. Важно только, чтобы свобода и спонтанность психотерапевта носили ответственный характер.

Пример. Андрей, 18 лет, принимал участие в групповой психотерапии.

Групповая психотерапия проходила 6 дней по 4 часа каждое занятие.

Его поведение в группе на протяжении 3 дней было следующим. А. занимал пассивную позицию наблюдателя, был сдержан в проявлении чувств, хотя была заметна его эмоциональная заинтересованность — он внимательно следил за событиями в группе, принимал участие в групповой дискуссии, в моменты эмоционального напряжения реагировал лишь вегетативными проявлениями, усилением тонуса мышц. Каждый раз по завершении дня он гово-

рил о том, что плохо себя чувствует. В начале следующего дня он говорил о непонятной тяжести и сложности со сном. Свою проблему он рассказал на 5-й день работы группы: «В последнее время, когда я стал учиться в институте, у меня появились сложности во взаимоотношениях со сверстниками, мне кажется, что они плохо говорят обо мне, считают меня не таким. И еще трудности во взаимоотношениях с девушками».

— Что ты чувствуешь в тот момент?

— У меня такое состояние, когда здесь (показывает на солнечное сплетение) бывают неприятные ощущения.

— Опиши, пожалуйста, их.

(Способ усиления контакта).

— Но это какой-то комок, плотный, неприятный, склизкий.

— Что ты чувствуешь?

— Какой-то страх... не знаю.

— Если твоему страху дать голос, что бы он сказал?

— Не знаю. У меня не получается.

И начинает уходить в разговор о чем-то.

(Можно отметить прерывание цикла контакта дефлексией).

— Какое отношение имеет то, что ты рассказал, к твоему страху?

— Никакого.

Стал опять что-то рассказывать.

— А то, что ты рассказал сейчас?

— Никакого, я все время ухожу.

(Осознавание своего сопротивления).

— Ты хочешь разобраться со своим состоянием?

— Да.

(Принятие ответственности)

— Соприкоснись сейчас со своим комком, будь им, что бы он сказал?

— Не знаю. Мне трудно, я не понимаю.

— Обрати внимание на то, что происходит с тобой. Сообщай мне те изменения, которые будут происходить в твоем теле, какие появляются мысли, переживания.

— Хорошо. Какое-то напряжение в этой области... Страх... Тревога.

Трудно сказать.

— Да. Продолжай дальше, говори мне о своем состоянии, мыслях, желаниях, сконцентрируйся на себе.

— Хочется сделать так (поднимает вверх руки и потягивается).

— Хорошо, продолжай дальше, слушай себя.

(Поддержка психотерапевта, сопровождение клиента).

— Ну не знаю (улыбается, опускает глаза).

— Что сейчас?

~ УУУУ— Но хочется как-то лечь (несколько смущаясь).

— Делай то, что ты сейчас хочешь.

Ложится на скамейку, улыбается, потягивается.... через некоторое время обращает внимание на ребят в группе, встрепенувшись встает, «что я разлегся, работать надо и ребятам скучно».

(Вероятно, в этот раз цикл прервался из-за интроекта, важна была поддержка).

Высказывания участников группы: «Я бы тоже с удовольствием полежал сейчас, тоже хочется потянуться.»

Клиент: «Опять какое-то неприятное ощущение, да, похожее на страх».
— Ты готов продолжать дальше?
— Да...
— Сконцентрируйся на своих ощущениях, что происходит сейчас?
— Неприятное ощущение уходит.
— Что хочешь сейчас?
— Прямо сейчас?..
— Да.
— Хочу вот здесь растянуться.
— Делай это.
Ложится на пол, потягивается, улыбается...
— Мне так хорошо, в этой области появляется тепло, очень приятное тепло. Я понял откуда страх, я боюсь быть не таким, каким меня хотят видеть. Мне приходится себя сдерживать.
— Ты помнишь какие-то ситуации?
— Да (рассказывает эпизоды из отношений со сверстниками).
— А в семье, с родителями?
— Да. Мне приходится быть таким, каким меня хочет видеть мама, послушным и сдержанным...
Другой эпизод работы с этим же юношей.
— Я после вчерашнего дня чувствую себя каким-то слабым. Особенно трудно себя чувствовать по отношению к Алине (девушка из группы).
— А до вчерашнего дня ты был сильным?
— Да.
— Покажи, пожалуйста, без слов, позицию вчерашнюю «сильную» и сегодняшнюю «слабую».
~ У У У У– Ну, наверное так.
Остался сидеть на месте, только напрягся, и стал смотреть в никуда. «Да, так, подтвердил А.: это сильная позиция».
(А. продемонстрировал на самом деле уход от реального контакта)
— А «слабая»... подошел к Алине (так?), «нет», взял ее за руку (так?), «не совсем», присел и стал смотреть в глаза — «вот так».
(А. вступил в реальный контакт).
Затем А. было предложено дать обратную связь самому себе по поводу пережитых чувств.
— Когда ты был в первой позиции, мне она не показалась сильной, даже наоборот, ты вообще был какой-то отстраненный, не хотел общаться. А когда ты подошел, наоборот, мне кажется это очень сильно, не каждый бы парень это отважился сделать.
Ребята рассказали о схожих ситуациях — о том, что есть неуверенность во взаимоотношениях с противоположным полом, ее часто приходится скрывать, не выдавать под маской отсутствия или агрессии.
— Да, еще я понял, откуда страх. Я боюсь быть самим собой. И то, что я считал силой, оказывается, рассматривается девушками как слабость, но так ведет себя мой отец.

Ф. Перлз понимал зрелость личности как переход от опоры на окружение к опоре на самого себя.

В процессе психотерапии клиент проходит вместе с психотерапевтом путь познания себя и изменений. Этот путь не всегда вперед, могут быть отступ-

ления, но клиент приобретает опыт, который помогает ему отказаться от симптоматического поведения, стать здоровым.

Гештальт-терапия так же как и аналитическая психодрама, относится к методам психотерапии, основанным на действии. В современной психотерапии гештальт-терапия занимает одно из ведущих мест. В работе с детьми используется как индивидуальная гештальт-терапия, так и гештальт-терапия, интегрированная в разные модели групповой психотерапии. В большинстве стран мира гештальт-терапию относят к высокоэффективным методам психотерапии.

Контрольные вопросы

1. Какие теоретические концепты лежат в основе гештальт-терапии?
2. Какие принципы характеризуют гештальт-терапию?
3. Какие механизмы сопротивления (психологической защиты) описаны в гештальт-терапии?
4. Что такое гештальт-эксперимент в гештальт-терапии?

Список рекомендуемой литературы

1. *Гингер С, Гингер А.* Гештальт-терапия контакта. — СПб.: Специальная литература, 1999. — 280 с.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. - 1024 с.
3. *Фрейджер Р., Фейдимен Д.* Личность: теории, эксперименты, упражнения. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2001. — 864 с.



ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Групповая психотерапия — это метод лечения, основанный на использовании в той или иной форме эффектов групповой динамики. Групповая психотерапия рассматривается как серия межличностных интеракций в малой группе, нацеленных на формирование у участников адекватной самооценки и целостной Я-концепции, *конфронтацию* с собственными неосознаваемыми проблемами, распознавание неадекватных паттернов эмоционально-поведенческого реагирования и неиспользованных личностных ресурсов, раскрытие своих переживаний и их *вербализацию,* совершенствование навыков контроля за ситуацией, научение строить отношения с другими во взаимоудовлетворяющей манере [Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А, 1990].

В настоящее время групповая психотерапия у пациентов с нарушениями адаптации, невротическими, соматоформными расстройствами и расстройствами личности распространена во многих странах мира и относится к наиболее эффективным и экономически целесообразным методам психотерапии. Препятствием к использованию метода групповой психотерапии в одних случаях является недостаточная спонтанность и гибкость психотерапевтов, их страх перед экспрессией подростков, а в других случаях — отсутствие кадров детских и подростковых психотерапевтов, системы оказания детям и подросткам психотерапевтической помощи, как это имеет место в России [Захаров А. И.,1982; Эйдемиллер Э. Г., 1988, 1994; Sifneos P. E., 1979].

МЕТОДЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Все существующие методы групповой психотерапии делятся на 3 вида: образовательные, психодинамические и основанные на действии. К последнему виду относят аналитическую психодраму, гештальт-терапию и др. Для подростков наиболее адекватными являются модели групповой психотерапии, основанные на действии. Это связано с такими их психологическими особенностями, как стремление к группировке, потребность в интимности и кооперации, тревога, вызванная открытием субъективного мира и формированием образа Я, тяга к расширению диапазона ролевого поведения, сохраняющаяся с детства конкретность мышления и эмоциональная непосредственность Но именно из-за этих психологических особенностей применение методов группового анализа и *разговорной психотерапии* в подростковой психиатрии существенно ограничено [Taush R., 1973].

По продолжительности работы выделяют 2 вида групповой психотерапии: долгосрочную (60 часов и более) и краткосрочную (от 20 до 60 часов) [Эйдемиллер Э. Г., 1994]. Показания к групповой психотерапии широки. Это невротические и личностные расстройства, алкоголизм, нарко- и токсикомании, нарушения адаптации, психические заболевания, среди которых различные формы шизофрении и эпилепсии [Ериш М. И., Каубиш В. К., Эт-

кинд А. М., 1978]. Противопоказания к групповой психотерапии относительны и в значительной мере обусловлены личностными и профессиональными качествами психотерапевта. Потребность подростков в краткосрочной групповой психотерапии существенно возросла за последнее десятилетие [Кулаков С. А., 1994]. Обстоятельств, способствовавших этому, несколько: 1) объем долговременной памяти у детей, в том числе и подростков, существенно меньше, чем у взрослых; результаты, достигнутые группой на одном занятии, через несколько дней могут быть либо забыты, либо восприняты искаженно; 2) подростку трудно долго ожидать результата психотерапии; если после 2 сеансов групповой психотерапии у участников не появляется ощущения, что терапевтические цели достижимы, наступает разочарование и появляется желание покинуть группу; 3) *краткосрочная психотерапия* по сравнению с долгосрочной имеет меньше шансов превратиться в своеобразную «экологическую нишу» для подростков, альтернативу их жизни в окружении сверстников с множеством обязанностей и потребностью в рекреации. При долгосрочной модели групповой психотерапии детей и подростков группа работает 3-4 раза в неделю по 1,5 часа в течение 3 месяцев, краткосрочная психотерапевтическая группа — 4 часа ежедневно в течение 5-7 дней.

РАЗМЕР ГРУПП

Психотерапевтическая группа — это малая группа, размер которой определяется с помощью анатомо-физиологического критерия — степенью зрелости зрительного анализатора детей и подростков. В поле зрения ребенка 4-6 лет помещается не более 4-6 фигур, в поле зрения ребенка 6-10 лет — 6-8 фигур. Начиная с 10-12 лет и старше в поле зрения наблюдателя попадает 10-12 фигур. В размер группы включают и психотерапевта. Состав группы подростков — 8-12 участников обоих полов. При подборе пациентов следует ориентироваться скорее на психологическую зрелость, чем на паспортный возраст. Вместе с 16-18-летними мальчиками в группу могут быть включены 14-16-летние девочки, опережающие первых по темпу созревания. Разница в возрасте между подростками одного пола не должна превышать 2 лет. При обеих моделях групповой психотерапии групповая и личностная динамика оказывается сходной, но интенсивность процессов изменения более высокая в краткосрочных группах.

Как показывает наш опыт, краткосрочная модель групповой психотерапии оказывается эффективной тогда, когда ей предшествует продолжительная индивидуальная психотерапия, работа с родителями в индивидуальной или групповой формах, а также проведение поддерживающей психотерапии, которая может включать в себя от 1 до 6 групповых сессий продолжительностью по 2 часа.

Эффективность долгосрочной групповой психотерапии доказана катамнестическими исследованиями [Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., 2001].

Катамнестическое наблюдение продолжительностью от 1 до 3 лет показывает, что 80% пациентов, получивших долговременную групповую психотерапию, не имеют симптомов, предъявляют хорошую социальную адаптацию и не имеют контактов с психиатрами и психотерапевтами.

ФАЗЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИ

Мы выделяем 5 фаз группового процесса.

В нулевой фазе — фазе предгрупповой ситуации — у клиентов происходит формирование мотивации на групповую психотерапию, а психотерапевт производит «инвентаризацию» своего личностного и профессионального опыта, чтобы максимально осознавать, кого и с какой целью он приглашает на групповую психотерапию. На этой фазе дети и подростки привыкают к стилю поведения психотерапевта, проходят необходимые психологические, лабораторные и инструментальные исследования, знакомятся с помещением, где будет проводиться психотерапия.

На первой фазе — фазе ориентации — происходит образование группы как целого, пациенты принимают правила работы, предлагаемые психотерапевтом. Участники группы выполняют упражнения, которые помогают им сплотиться, развивают их коммуникативные возможности, эмпатические навыки, тренируют способность выражать и «читать» эмоции. Способствуют этому раскрытие коммуникативного значения вопросов, овладение описательным языком и т. п. Кроме этого используются такие игры, как рукопожатие, передаваемое по кругу, называние имен вместе с «переброской» воображаемого мяча, «передачи» воображаемого предмета, а также упражнения «Броуновское движение», «Горная тропа», «Лунные локаторы», «Розовый крокодил». При выполнении «Броуновского движения» все участники соединяют пальцы рук на затылке и выставляют локти вперед (это своеобразные «валентности») и, вообразив себя атомом, начинают хаотически передвигаться. Психотерапевт дирижирует темпом выполнения упражнения репликами типа: «Температура воды 10°... 40°... 60°... 100°». Периодически он предлагает участникам соединиться «валентностями» по 2, 4, 6 человек, всем вместе. Упражнение тренирует внимание, обеспечивает телесное соприкосновение и способствует возникновению чувства принадлежности к группе, снижает уровень тревоги у участников. Упражнение «Лунные локаторы» преследует те же цели, что и «Броуновское движение», и отвечает требованиям, предъявляемым к подбору игр в детских и подростковых группах, — играть без проигрыша. Ведущий поднимает руки вверх, согнув их в локтях, и говорит: «Это антенны. Поднимите свои антенны вверх. Так, теперь опустите. Я, лунный локатор Эдмонд, вызываю лунного локатора Светлану». При этом ведущий поднимает руки; это же должна сделать Светлана, а соседи Эдмонда и Светланы должны поднять по одной руке. В свою очередь Светлана вызывает кого-либо и т. д. Если

кто-то ошибся в приеме передачи, то он переходит на роль лунохода, становится на четвереньки и получает право кричать, толкаться, всячески дезорганизовывать игру. В игре «Розовый крокодил» группа делится на 2 команды. Каждая загадывает какое-нибудь эмоциональное состояние, например восторг, страх, тревогу, или какую-то ситуацию. Потом команды по очереди проигрывают свои этюды без слов. Преимущество этого упражнения перед парными приемами проигрывания эмоций заключается в большей безопасности.

Вторая фаза, обычно называемая негативно-агрессивной [Карвасарский Б. Д., Leder S., 1990; Kratochvil Si, 1978], Э. Г. Эйдемиллером и А. И. Вовком (1994) определена как стадия переформулирования целей и перераспределения ответственности. Поскольку достижения каждого участника группы зависят от его внутренней мотивации на осознание проблемы и ее решение, то методом опроса психотерапевт выясняет, какую долю ответственности каждый подросток берет на себя, а что оставляет группе или психотерапевту. Прояснить, какие скрытые чувства друг к другу и к психотерапевту есть у участников группы, можно с помощью социометрических игр и приемов, инсценирования сказок, терапевтических метафор. Уточняются цели, которые хочет достигнуть каждый участник и группа в целом.

В третьей фазе — фазе решения индивидуальных проблем — с помощью приемов аналитической психодрамы, гештальт-экспериментов участники группы имеют возможность осознать и разрешить свои проблемы.

Участники, как правило, углубленно прорабатывают проблемы полоролевой идентичности и эффективности в семейных ролях и в роли «какой я есть на самом деле».

На четвертой фазе — фазе экзистенциального выбора — дети и подростки обсуждают достигнутые результаты, способы их достижения, смысл своего бытия и индивидуального предназначения.

Стиль поведения психотерапевта в краткосрочной групповой психотерапии директивный, в долгосрочной — меняется от роли «активного руководителя» к роли «посредника», «члена группы» и «эксперта».

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУПП ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

При разработке и апробации модели онтогенетически-ориентированной групповой психотерапии Э. Г. Эйдемиллер (1994) сформулировал следующие принципы формирования групп и подбора их членов:

— принцип парности однотипных акцентуаций личности (для равномерного созревания группы, эффективного ее функционирования целесообразно подбирать в группы пары однотипных акцентуантов; это обеспечивает лучшую идентификацию личностных проблем у участников);

— принцип клинико-психологического разнообразия участников, включаемых в психотерапевтическую группу;

— принцип формулирования терапевтического запроса, учитывающий психологическую незрелость, когнитивные особенности и редуцированность навыков социальной кооперации (психотерапевтические метафоры, *проективный рисунок,* психодраматическое моделирование);

— использование приемов «присоединения»: установление психологического контакта с участниками психотерапевтической группы (синхронизация дыхания, приемы «мимезиса», калибровка эмоциональных состояний;

— обучение участников групповой психотерапии двухуровневой *обратной связи,* содержащей вербальную и невербальную информацию;

— принцип интегративности (комплексное использование психологических механизмов *групповой динамики,* гештальт-экспериментов и *психодрамы);*

— использование эффекта трансового изменения сознания у участников психотерапии, чему в значительной степени способствуют совпадение терапевтических целей, возрастная психологическая совместимость членов группы, эмоциональная сплоченность;

— принцип иерархизации приемов, направленных на выявление, исследование и коррекцию агрессивности у участников группы (моторные разминки «Жмурки», «Жучок» и другие игровые приемы, а также использование метафор и психодраматических игр «Аисты и лягушки», «Собаки и кошки», «Звездные войны», «Психоскульптуры» и др.);

— принцип «здесь и сейчас» (принципиальный отказ от биографической направленности групповой психотерапии, что важно для детей и подростков в связи с тем, что отдаленное будущее заблокировано, прошлое редуцировано в субъективном мировосприятии либо переполнено негативными проекциями);

— принцип сбалансированности в исследовании негативного и позитивного опыта участников психотерапии (во время подготовки к психотерапии и на ее сеансах участники отвечают на вопрос, какие негативные и позитивные последствия привносили в их жизнь симптомы или неразрешенные личностные проблемы. Автором была создана принципиально важная для детской и подростковой психотерапии парадигма: ничто из пережитого и переживаемого не может быть редуцировано; наоборот, пациента стимулируют к исследованию того, как он адаптируется с помощью симптома и как будет адаптироваться, трансформировав энергию симптома в другие, более зрелые, многовариантные формы поведения);

— принцип баланса содержания и структуры переживаний клиентов. Психотерапия становится эффективной тогда, когда клиенты научаются распознавать за содержанием своих жалоб устойчивые паттерны (структура) эмоционально-поведенческого реагирования;

— принцип баланса ответственности за результат психотерапевта/группы при проведении групповой психотерапии (директивность стиля психотерапевта и его ответственность за структуру занятий, сменяемая приемом «еле-

дования за спиной» участника, который, в свою очередь, отвечает за содержание сеанса и свой результат).

Применение групповой психотерапии повышает эффективность лечения психозов в несколько раз [Вид В. Д., 1993], а лечение психосоматических расстройств — на 30-40% [Карвасарский Б. Д., 1998].

При лечении невротических соматоформных расстройств групповая психотерапия играет роль высокоэффективного этиопатогенетического метода лечения.

При лечении нарко- и токсикомании присоединение групповой психотерапии к биологической терапии и семейной психотерапии в значительной степени улучшает качество жизни больных.

Контрольные вопросы

1. Дайте определение групповой психотерапии.
2. В чем основные различия моделей краткосрочной и долгосрочной психотерапии?
3. Каковы основные фазы групповой динамики?
4. Перечислите основные принципы групповой онтогенетически-ориентированной психотерапии.

Список рекомендуемой литературы

1. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 1998. - 752 с.
2. Психотерапия: Учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. - 544 с.
3. *Рудестам К.* Групповая психотерапия. — СПб.: Питер, 1998. — 384 с.
4. *Ялом И.* Теория и практика групповой психотерапии. — СПб.: Питер, 2000. - 640 с.



МЕТОДЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) является одним из ведущих направлений психотерапии в США, Германии и ряде других стран, входит в стандарт подготовки врачей-психиатров.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Моделирование поведения — метод, легко применимый в амбулаторных условиях, ориентирован на проблему, его чаще называют обучением, что привлекает клиентов, избегающих слово «пациент». Он побуждает к самостоятельному решению проблем, что очень важно для клиентов с пограничными нервно-психическими расстройствами, в основе которых лежит инфантилизм.

Когнитивно-поведенческая психотерапия относится к краткосрочным методам психотерапии. Она интегрирует когнитивные, поведенческие и эмоциональные стратегии для изменений личности; подчеркивает влияние когниций и поведения на эмоциональную сферу и функционирование организма в широком социальном контексте. Теркин «когнитивный» используется потому, что обнаружение специфических нарушений эмоций и поведения нередко зависит от ошибок в познавательном процессе, дефицита в мышлении. В «когниции» входят убеждения, установки, информация о личности и среде, прогнозирование и оценка будущих событий. Клиенты могут неправильно интерпретировать жизненные стрессы, судить себя слишком строго, придти к неправильным выводам, иметь о себе негативные представления. Когнитивно-поведенческий психотерапевт, работая с клиентом, применяет и использует логические приемы и поведенческие техники для решения проблем, соединив свои усилия с усилиями клиента.

Поведенческая психотерапия включает в себя различные виды научения (обусловливания). Первые опыты применения поведенческой терапии, описанные пионерами этого направления И. П. Павловым, В. Ф. Скиннером, были посвящены классическому и оперантному обусловливанию.

Классическое или павловское обусловливание показывало, что формирование условной реакции подчиняется важнейшему требованию — совпадению во времени индифферентного и безусловного раздражителей. Классическое обусловливание заключено в формуле: «стимул —реакция».

Суть оперантного обусловливания можно отразить следующим образом: поведение закрепляется (контролируется) его результатами и последствиями. Поведение, которое приводит к достижению положительного результата, закрепляется, и наоборот, не приводящее к нему ослабляется или угасает (положительное и отрицательное подкрепление).

По мере того, как новые поколения врачей применяли поведенческие техники, стало выясняться, что ряд проблем пациентов гораздо сложнее, чем сообщалось в прежних публикациях. Обусловливание адекватно не объясняло сложный процесс социализации и научения личности. Интерес к самоконтролю и саморегуляции в рамках поведенческой психотерапии при-

близил «средовой детерминизм» (жизнь человека определяется прежде всего его внешним окружением) к «реципрокному детерминизму» (личность — не пассивный продукт среды, а активный участник своего развития).

Публикация статьи «Психотерапия как процесс научения» в 1961 г. А. Бандуры (A. Bandura) и его последующие работы были событием для психотерапевтов, ищущих интегративные подходы. Бандура представил в них теоретические обобщения механизмов оперантного и классического научения и одновременно подчеркнул важность когнитивных процессов в регуляции поведения. Наблюдая за действиями другого человека, можно научиться определенному поведению, даже не осуществляя его. Модель может помочь проявить новое поведение на психотерапевтическом занятии (например, после просмотра фильма) и дает пациенту возможность научиться поведению, которого ему не достает, в результате репетиции поведения (как спросить другого человека, что он чувствует по поводу его поведения). Этот аспект моделирования отражает поведенческую функцию приобретения. Моделирование помогает пациенту распознавать, где и как можно применять новые способы поведения (поведенческая функция различения и облегчения). Следующей особенностью моделирования является способность уменьшать тревогу и страх, повышать уверенность в конечном результате. Например, тревожные клиенты очень фиксированы на своей неспособности воспроизвести определенные виды поведения. Моделирование помогает им поупражняться в таком поведении в менее стрессовой обстановке и с поддержкой психотерапевта. В последние годы для целей моделирования стали использовать клинические ролевые игры [Киппер Д., 1994].

Обучение на модели используется при применении социально-психологического тренинга.

Таким образом, в становлении когнитивно-поведенческого направления модель обусловливания человеческого поведения уступила дорогу теории, основанной на когнитивных процессах. Эта тенденция была очевидной в реинтерпретации систематической десенсибилизации Вольпе [Wolpe J., 1973] как противообусловливающеи техники с точки зрения таких когнитивных процессов, как ожидание, копинг-стратегия и воображение, что привело к таким специфическим направлениям терапии, как скрытое моделирование [Cautella J., 1971], тренинг навыков и умений. В настоящее время существует по меньшей мере 10 методов психотерапии, делающих акцент на когнитивном научении и подчеркивающих значение того или иного когнитивного компонента [Beck A. T., 1976; Ellis A., 1977; Meichenbaum D., 1986].

ПРИНЦИПЫ КОГНИТИВНЫХ ТЕОРИЙ

Согласно когнитивным теориям, обучение есть результат переработки информации. Приводим их общие принципы.

1. Многие симптомы и поведенческие проблемы являются следствием пробелов в обучении, образовании и воспитании. Чтобы помочь пациенту изме-

нить неадаптивное поведение, психотерапевт должен знать, как проходило психосоциальное развитие клиента, видеть нарушения семейной структуры и различных форм коммуникации. Этот метод высокоиндивидуализирован для каждого клиента и семьи.

Так, у клиента с личностным расстройством обнаруживаются в сильной степени гипертрофированные или недоразвитые поведенческие стратегии (например, контроль или ответственность), преобладают однообразные аффекты (например, редко выражаемый гнев у пассивно-агрессивной личности), а на когнитивном уровне представлены ригидные и генерализованные установки в отношении многих ситуаций. Эти клиенты с детства фиксируют дисфункциональные схемы восприятия себя, окружающего мира и будущего, подкрепляемые родителями. Психотерапевту необходимо изучить историю семьи и понять, что поддерживает поведение клиента в дисфункциональной манере. В отличие от пациентов, имеющих диагноз по 1-й оси (см. главу 6), у лиц с расстройствами личности труднее формируется «доброкачественная» альтернативная когнитивная система.

2. Существуют тесные взаимоотношения между поведением и средой. Отклонения в нормальном функционировании поддерживаются в основном подкреплением случайных событий в среде, например, стилем воспитания ребенка. Выявление источника нарушений (стимулов) — важный этап метода психотерапии. Это требует функционального анализа, то есть детального исследования поведения, а также мыслей и ответов в проблемных ситуациях.

3. Нарушения поведения являются квази-удовлетворением базисных потребностей в безопасности, принадлежности, достижении и свободе.

4. Моделирование поведения представляет собой одновременно обучающий и психотерапевтический процесс. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) использует достижения, методы и техники классического условно-рефлекторного и оперантного обусловливания, моделирование поведения, когнитивного научения и саморегуляции поведения.

5. Поведение клиента с одной стороны, и его мысли, чувства, психологические процессы и их следствия — с другой — оказывают друг на друга взаимное влияние. Теории КПТ гласят, что когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптированного поведения. Мысли клиента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли. КПТ рассматривает мыслительные процессы и эмоции как две стороны одной медали, мыслительные процессы — лишь звено, часто даже не основное — в цепи причин. Например, когда психотерапевт пытается определить вероятность рецидива униполярной депрессии, он может сделать более точное предсказание, если поймет, насколько критичен супруг клиента и насколько сильно его влияние, вместо того, чтобы опираться на когнитивные показатели у клиента.

6. Когнитивное может рассматриваться как совокупность когнитивных событий, когнитивных процессов и когнитивных структур. Термин «когнитивные события» относится к автоматическим мыслям, внутреннему диа-

логу и образам. Необходимо отметить, что это не означает, что человек постоянно ведет разговор с самим собой. Скорее можно сказать, что поведение человека в большинстве случаев неосмысленно, автоматично, что оно идет «по сценарию». Но бывают случаи, в которых автоматизм прерывается, когда человеку необходимо принять решение в условиях неопределенности, в этих случаях и «включается» внутренняя речь. В когнитивно-поведенческой теории считается, что содержание последней может оказать влияние на чувства и поведение человека. Но, как уже было сказано, то, как человек чувствует, ведет себя и взаимодействует с окружающими, также может существенно влиять на его мысли.

Схема — это когнитивная репрезентация прошлого опыта, негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления. В силу такой важности схем основной задачей когнитивно-поведенческого психотерапевта является помощь клиентам в понимании того, как построены эти схемы и как они помогают истолковывать реальность.

6. Прогноз и результативность лечения определяются в параметрах наблюдаемого улучшения поведения.

Если раньше поведенческая психотерапия ставила основной своей задачей устранение или исключение нежелательного поведения или ответа (агрессии, тиков, фобии), то в настоящее время акцент смещен на научение клиента позитивному поведению (уверенность в себе, позитивное мышление, достижение целей и т. д.), активизацию ресурсов личности и ее окружения. Иными словами, происходит смещение с патогенетического на саногенетический подход.

Когнитивно-поведенческая психотерапия детей и подростков в последние годы все больше учитывает специфические особенности этих возрастных групп, среди них прежде всего следует назвать системный подход как красную нить в диагностике и психотерапии. Этот подход принимает во внимание тот факт, что поведение ребенка и подростка существенно зависит от имеющегося окружения. Единицей анализа в КПТ в настоящее время являются примеры отношений в семье и общие для членов семьи системы убеждений.

Другая важная тенденция — это все возрастающее значение перспективы развития личности. Концепция и модели психологии развития важны во многих отношениях: и для концептуализации психических расстройств, то есть для понимания их этиологии и патогенеза, и при проведении специфических диагностических и лечебных мероприятий.

Более того, КПТ также заинтересовалась тем, как принадлежность к определенным социальным и культурным группам влияет на системы убеждений и поведение клиента, включает практику альтернативного поведения на психотерапевтическом занятии и в реальной среде, предусматривает систему обучающих домашних заданий, активную программу подкреплений, ведение записей и дневников, то есть методика психотерапии структурирована.

ПОКАЗАНИЯ К КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Когнитивно-поведенческая психотерапия нашла свое широкое применение при лечении невротических и психосоматических расстройств, аддиктивного и агрессивного поведения, нервной анорексии.

Тревога может быть нормальным и адаптивным ответом на множество ситуаций. Способность распознавать и избегать угрожающих событий является необходимым компонентом поведения. Некоторые страхи исчезают без всякого вмешательства, но длительно существующие фобии могут оцениваться как патологический ответ.

Тревожные и депрессивные расстройства нередко связаны с нарушением восприятя окружающего мира и требованиями среды, а также жесткими установками по отношению к себе. Депрессивные клиенты оценивают себя как менее способных, чем здоровые лица, в связи с такими когнитивными ошибками, как «селективная выборка», «сверхобобщение», «принцип все или ничего», «минимизация позитивных событий».

Поведенческая психотерапия служит средством выбора при **обсессивно-фобических расстройствах.** Она базируется на принципах когнитивно-поведенческой психотерапии и по необходимости дополняется фармакотерапией транквилизаторами, антидепрессантами, бета-блокаторами.

У клиентов с обсессивно-фобическими расстройствами достигаются следующие лечебные поведенческие цели:

— полная элиминация или редукция навязчивой симптоматики (мысли, опасения, действия); перевод ее в социально приемлемые формы;
— устранение индивидуальных факторов (чувство малоценности, недостаток уверенности), а также — нарушений контактов по горизонтали или вертикали, потребности в контроле со стороны значимого микросоциального окружения и т. д.;
— устранение вторичных проявлений болезни, таких как социальная изоляция, школьная дезадаптация и т. д.

Когнитивно-поведенческая психотерапия при нервной анорексии преследует следующие кратко- и долгосрочные лечебные цели.

Краткосрочные цели: восстановление преморбидного веса тела как необходимого условия для психотерапевтической работы, а также восстановление нормального пищевого поведения. Долгосрочные цели: создание позитивных установок или развитие альтернативных интересов (других, чем соблюдение диеты), обновление поведенческого репертуара, постепенно заменяющего аноректическое поведение; лечение фобии или страха потери контроля за массой тела, нарушений схемы тела, заключающегося в способности и потребности распознавать собственное тело; устранение неуверенности и беспомощности в контактах, в отношении полоролевой идентичности, а также проблем отделения от родительского дома и принятие роли взрослого. Это ключевые задачи психотерапии, которые приводят не только к изменениям массы тела (симпто-

моцентрированный уровень), но и к разрешению психологических проблем (личностно-центрированнный уровень). Распространен следующий алгоритм психотерапевтических мероприятий: когнитивно-ориентированная поведенческая психотерапия в начале в индивидуальной форме. Она состоит из приемов самоконтроля, шкалирования целей, тренинга уверенного поведения, тренинга решения проблем, подписания контрактов по восстановлению веса, метода прогрессирующей мышечной релаксации по Джекобсону. Затем для снятия уникальности симптоматики и налаживания контактов пациент включается в групповую психотерапию. Практикуется интенсивная поддерживающая психотерапия. Параллельно с этим проводится системная семейная психотерапия.

Аддиктивное поведение может быть оценено в терминах позитивных (положительное подкрепление) и негативных последствий (отрицательное подкрепление) . При проведении психотерапии определяется распределение обоих видов подкреплений при оценке психического статуса клиента. Позитивное подкрепление включает удовольствие от приема психоактивного вещества, связанные с ним приятные впечатления, отсутствие неприятных симптомов абстиненции в начальный период приема веществ, поддержание через наркотики социальных контактов с ровесниками, иногда условную приятность роли больного. Негативные последствия аддиктивного поведения — более частая причина обращения к специалисту по поводу ухудшения здоровья. Это появление физических жалоб, ухудшение когнитивных функций и т. д. Для включения такого клиента в лечебную программу необходимо найти «замещающее поведение» без приема психоактивных веществ или других видов девиантного поведения. Объем психотерапевтических вмешательств зависит от развития социальных навыков, степени выраженности когнитивных искажений и когнитивного дефицита.

ЦЕЛИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Цели когнитивно-поведенческой психотерапии представляются следующим образом: 1) проведение функционального поведенческого анализа; 2) изменение представлений о себе; 3) коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок; 4) развитие компетентности в социальном функционировании.

Основные принципы проведения психотерапевтического сеанса когнитивно-поведенческой психотерапии

Поведенческий и проблемный анализ считается первой и наиболее важной диагностической процедурой в поведенческой психотерапии. Информа-

ция должна отражать следующие моменты: конкретные признаки ситуации (облегчающие, утяжеляющие условия для появления /исчезновения поведения-мишени); ожидания, установки, правила; поведенческие проявления (моторика, эмоции, когниции, физиологические переменные, частота, дефицит, избыток, контроль); временные последствия (краткосрочные, долгосрочные) с различным качеством (позитивные, негативные) и с различной локализацией (внутренние, внешние).

Помощь в сборе информации оказывает наблюдение за поведением в естественных ситуациях и экспериментальных аналогиях (например, ролевой игре), а также вербальные сообщения о ситуациях и их последствиях.

Цель поведенческого анализа — функциональное и структурно-топографическое описание поведения. Поведенческий анализ помогает осуществить планирование психотерапии и ее ход, а также учитывает влияние на поведение микросоциального окружения.

При проведении проблемного и поведенческого анализа существует несколько схем. Первая и наиболее отработанная заключается в следующем.

1. Описать детальные и зависимые от поведения ситуативные признаки. Характеристика места — улица, дом, школа — это чересчур глобальное описание. Необходима более тонкая дифференцировка. Например, в случае фобии ответов у доски: «Когда просыпаюсь, я еще спокоен, но через 30 минут во время завтрака появляется беспокойство и напряжение. Еще через 15 минут, когда я надеваю пальто, я уже боюсь... А рядом со мной уже никого нет. Апогей страха, конечно, уже у доски, когда (как мне кажется) все глаза смотрят на меня».

2. Отразить поведенческие и относящиеся к жизни ожидания, установки, определения, планы и нормы; все когнитивные аспекты поведения в настоящем, прошлом и будущем. Они нередко скрыты, поэтому на первом сеансе их трудно обнаружить даже опытному психотерапевту.

3. Выявить биологические факторы, проявляющиеся через симптомы или отклоняющееся поведение.

4. Наблюдать моторные (вербальные и невербальные), эмоциональные, когнитивные (мысли, картины, сны) и физиологические поведенческие признаки. Глобальное обозначение (например, страх, клаустрофобия) мало применимо для последующей психотерапии. Необходимо качественное и количественное описание признаков.

5. Оценить количественные и качественные последствия поведения.

В работе над типичной проблемой необходимо задать пациенту серию вопросов для прояснения имеющихся трудностей. Правильно ли пациент оценивает события? Являются ли ожидания клиента реалистичными? Не основана ли точка зрения клиента на ложных выводах? Адекватно ли в этой ситуации поведение клиента? Есть ли на самом деле проблема? Сумел ли пациент найти все возможные решения? Таким образом, вопросы позволяют построить психотерапевту когнитивно-поведенческую концепцию из-за чего пациент испытывает трудности в той или иной области. В ходе интервью, в конечном счете, задача психотерапевта состоит в выборе одной

или двух ключевых мыслей, установок, поведения для психотерапевтического вмешательства. Первые сеансы обычно нацелены на присоединение к пациенту, идентификацию проблемы, преодоление беспомощности, выбор приоритетного направления, обнаружение связи между иррациональным убеждением и эмоцией, выяснение ошибок в мышлении, определение зон возможного изменения.

В качестве задач клинического интервью можно назвать и такие, как демонстрация пациенту его способа избирательной фиксации негативной информации и получения ложных выводов; подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапии; установление степени устойчивости к стрессу, выяснение способов совладания со стрессорами; выяснение «условной приятности» симптома; получение информации о мотивации клиента к изменениям; подробный анализ влияния микросоциального окружения; психопатологическое исследование, поиск ресурсов личности.

Поиск ресурсов может быть ориентирован в прошлое, настоящее и будущее клиента. Обсудив проблему, психотерапевт активно подкрепляет любую находку клиента относительно возможности ее разрешения. Варианты вопросов: «Что раньше помогало преодолевать подобные проблемы? Как такие проблемы решали ваши родственники, знакомые? Когда последний раз Вы постояли за себя? Когда Вы последний раз получали удовольствие без чьей-либо поддержки? Делали ли Вы что-нибудь приятное для братьев и сестер? В чем Вы достигли большего, чем ваши друзья?». Поиск ресурсов основан и на признании компетентности клиента. Клиентам нередко известно решение их проблемы, хотя они об этом с трудом догадываются. Образец вопроса: «Предположим, что Ваш друг с проблемой вроде Вашей пришел к Вам за советом. Что бы Вы ему сказали?».

Задача когнитивно-поведенческого психотерапевта — сделать клиента активным участником процесса психотерапии на всех его этапах. Одна из фундаментальных задач когнитивно-поведенческой психотерапии — установление партнерских отношений между клиентом и психотерапевтом. Это сотрудничество происходит в нашем случае в форме терапевтического договора, в котором психотерапевт и пациент соглашаются вместе работать над устранением симптомов или коррекцией поведения последнего.

Такая совместная деятельность преследует по меньшей мере 3 цели: во-первых, она отражает уверенность, что оба имеют достижимые цели на каждом этапе лечения; во-вторых, взаимопонимание уменьшает сопротивление клиента, возникающее нередко как следствие восприятия психотерапевта агрессором или идентификация его с родителем, если он пытается контролировать клиента; в-третьих, договор помогает предупредить непонимание между двумя партнерами. Недоучет мотивов поведения клиента может заставить психотерапевта двигаться вслепую или привести первого к ложным выводам по поводу тактики психотерапии и ее срыву.

Так как когнитивно-поведенческая психотерапия является краткосрочной, то необходимо тщательно использовать это ограниченное время. Централь-

ная проблема «психотерапевтического обучения» — определение и усиление мотивации клиента на него. Для усиления мотивации к лечению применяются следующие приемы:

— совместное определение целей и задач психотерапии; важно работать только над теми решениями и обязательствами, которые вербализируются через «Я хочу, а не хотел бы»;

— составление позитивного плана действий, его доступность для каждого клиента, тщательное планирование этапов;

— проявление психотерапевтом интереса к личности клиента и его проблеме, подкрепление и поддержка малейшего успеха;

— усилению мотивации и ответственности за свой результат способствует составление «повестки дня» каждого занятия, анализ достижений и неудач на каждом этапе психотерапии.

При подписании психотерапевтического контракта рекомендуется записать план или повторить его, используя приемы положительного подкрепления, сообщая, что это хороший план, который будет способствовать осуществлению желаний и выздоровлению.

В начале каждого занятия во время интервью совместными усилиями принимается решение, какой перечень проблем будет затронут. Формированию ответственности за свой результат способствует «повестка дня», благодаря которой удается последовательно прорабатывать психотерапевтические «мишени». «Повестка дня» обычно начинается с короткого обзора опыта клиента с последнего занятия. Она включает «обратную связь» психотерапевта по поводу домашних заданий. Затем клиента стимулируют высказываться, над какими проблемами он хотел бы работать на занятии. Иногда психотерапевт сам предлагает темы, которые считает целесообразным включить в «повестку дня».

По окончании занятия суммируются (иногда письменно) наиболее важные выводы психотерапевтического сеанса, анализируется эмоциональное состояние клиента. Наконец, совместно с ним определяется характер самостоятельной домашней работы, задачей которой служит закрепление знаний или умений, полученных на занятии. Домашняя работа вытекает из материала последнего.

Домашние задания в когнитивно-поведенческой психотерапии

Приводим наиболее типичные варианты домашних заданий.

1. Ежедневная запись дисфункциональных мыслей (относящихся к проблеме). Это задание одновременно является и когнитивно-поведенческой техникой.

2. Список удовольствий, которые может получать пациент независимо от другого человека.

3. Обзор основных проблем, обсуждавшихся на занятии.

4. Прослушивание кассеты с записью занятия.

5. Написание автобиографического отрывка.

6. Практика приемов совладания, релаксации.

7. Графики изменений настроения в течение дня.

8. Чтение книги или статьи, относящихся к специфической проблеме.

9. Заполнение опросников.

10. Тренировка в альтернативных видах поведения, закрепление и воспроизведение новых способов поведения in vivo.

Приводим отрывок из домашнего сочинения, которое отражало ананкастную структуру личности клиента, давало возможность психотерапевту наметить основные направления работы с юношей, облегчало планирование дальнейшей психотерапевтической тактики.

Пример. Кирилл П., 19 лет, обратился с жалобами на страх удушья после того, как однократно покурил анашу. Сочинение на тему «Страх» было написано в период индивидуальной подготовки к работе в психотерапевтической группе, проводившейся по когнитивно-поведенческой парадигме.

«Я постоянно боюсь умереть. Этот страх появляется внезапно. Я как-то стараюсь отвлекаться, но это кольцо на шее мешает мне. Оно давит, сдавливает, возникает такое ощущение, что я задыхаюсь. Я иногда из-за этого кольца боюсь есть, нет аппетита, а потом появляется. И иногда я поем, это бывает не очень часто, у меня такое состояние или можно сказать опять ощущение, что у меня будет рвота. Когда у меня на шее шарф, то я как-то не очень беспокоюсь за это кольцо, а когда его нет — у меня снова появляется страх удушья. К примеру: в пятницу я пришел в университет, вроде все складывалось хорошо. На первом же занятии я чувствую, что мне нехорошо, появилось кольцо на шее, но оно и раньше было, а теперь оно давило на шею. И как я не отвлекался, я всегда ощущал его. Мне в этот день с каждым часом становилось хуже. И после пятой пары я не выдержал, взял в раздевалке куртку и пошел домой. На улице был ветерок, и мне стало лучше. В этот день я пытался не принимать таблетки. Временами мне становилось настолько хорошо, что я готов был прыгать от счастья, а временами так плохо, что я уже не вижу смысла в жизни. Меня сразу охватывают страшные мысли о том, что я могу в данный день, минуту, секунду умереть.

Моя мнительность заключается в том, что я всегда искал в себе болезни. Меня бросает даже в жар, если у меня где-то кольнет или стрельнет. Я не могу выпить рюмку водки, потому что думаю, что я отравлюсь. Если болит живот, у меня сразу мысли, а не аппендицит ли у меня».

После определения «мишеней» психотерапии подбираются наиболее подходящие когнитивно-поведенческие приемы для работы с клиентом. Поведенческие техники используются по следующим показаниям.

1. Для уменьшения или увеличения поведенческих проявлений (уменьшение агрессии, приобретение навыков уверенного поведения).

2. Восполнение дефицита умений у пациентов, совладание с ситуационными или межличностными проблемами. Например, поведенческий избыток (типа агрессии) может быть связан с поведенческим дефицитом, то есть у клиента отсутствуют определенные умения, и единственный путь получить подкрепление — девиантные действия.

Поведенческие приемы ориентированы на конкретные ситуации и действия. По контрасту со строгими когнитивными приемами поведенческие процедуры нацелены на то, как действовать или как справляться с ситуацией, а не как ее воспринимать.

Когнитивно-поведенческие техники основаны на изменении неадекватных стереотипов мышления, представлений, которыми личность реагирует на внешние события, часто сопровождаемых тревогой, агрессией или депрессией.

Кроме того, одна из принципиальных задач каждой поведенческой техники — изменить дисфункциональное мышление. Например, если в начале терапии пациент сообщает, что его ничего не радует, а после проведения поведенческих упражнений меняет эту установку на позитивную, то одна из задач выполнена. Поведенческие изменения часто возникают как результат когнитивных изменений.

Поведенческие приемы включаются в курс психотерапии и психопрофилактики. Их можно разделить на методы редукции поведения и методы, усиливающие поведение (табл. 28, 29).

Таблица 28

Методы редукции поведения

Название метода	**Описание**
Погашение	Отказ в подкреплении, следующий за несоответствующим поведением
Смена стимула	Изменение дискриминационного стимула (удаление или изменение запускающего поведение предшествующего стимула)
Наказание	Предоставление мягкого аверсивного стимула (aversio — отвращение), следующего после неадекватного поведения
Выключение позитивного подкрепления (тайм-аут)	Отсрочка положительного подкрепления на короткое время после неадекватного поведения
Сверхкоррекция	Пациент восполняет потерю и вносит дополнительную плату
Дифференцированное положительное подкрепление	Подкрепляется поведение, несовместимое с демонстрируемым
Постепенная подготовка к аверсивному стимулу (десенсибилизация)	Постепенное погружение в психотравмирующую ситуацию в состоянии безопасности и релаксации
Скрытое моделирование, реципрокная ингибиция	Представление в воображении избегаемого объекта и вызывание эмоции, противоположной переживаемой в реальности
Моделирование	Демонстрация поведения для копирования
Ролевая игра	Проигрывание соответствующего поведения, ситуации, конфликта с альтернативными вариантами

Таблица 29

Методы, усиливающие поведение

Название метода	Описание
Позитивное подкрепление	Предоставление позитивного стимула (награда или приятное событие), следующего за желаемым поведением
Негативное подкрепление	Удаление стимула (аверсивного или угрожающего события), следующего за желаемым поведением
Планируемое игнорирование	Не обращается внимание в случае дезадаптивного характера поведения
Жетонная система	Подкрепляется только желаемое поведение, нежелаемое штрафуется
Моделирование	Нахождение кого-либо на подходящую модель желаемого поведения и проигрывание роли in vivo
Тренинг уверенного поведения	Уверенность обладает противообусловливающим характером пассивному поведению
Когнитивные методы	Обучение рациональным, альтернативным способам восприятия действительности и решения проблем

ТЕХНИКИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Остановимся подробнее на наиболее широко распространененнных поведенческих и когнитивных приемах.

Реципрокная ингибиция. Ее механизм заключается в том, что ответ ослабляется в присутствии сильного, несовместимого сигнала. Например, клиент не может быть тревожен и расслаблен одновременно. Два ответа несовместимы, они не могут возникать одновременно и один уступит дорогу другому. К такому методу относится систематическая десенсибилизация Вольпе, а также другие приемы, использующие последовательное применение двух несовместимых сигналов [Wolpe J., 1973].

Исторически метод десенсибилизации, предложенный Вольпе, был вторым методом, с которого началось широкое распространение поведенческой психотерапии. Автор исходил из следующих положений. Невротическое поведение чаще всего определяется тревогой. Действия, совершаемые в воображении, можно приравнять к действиям человека в реальности. Воображение в состоянии релаксации не является исключением из этого положения. Страх, тревога могут быть подавлены, если в одно и то же время действуют противоположные стимулы, например гнев или релаксация. Происходит противообусловливание, угасает патологический условный рефлекс.

Эмоционально-стрессовыми методами работы с фобиями являютя следующие поведенческие техники: **наводнение, имплозия, парадоксальная интенция, методика вызванного гнева,** В настоящее время они употребляются редко, в основном в практике детских психотерапевтов. При использовании этих приемов имеются отработанные алгоритмы. Так, например, при исполь-

зовании техники наводнения существует следующая последовательность шагов: установление контакта и цели терапии, обоснование принципов терапии, ознакомление со скрытыми уходами при тренинге, погружение в реальную ситуацию, повторные погружения в реальную ситуацию в соответствии с программой, закрепление позитивных стереотипов поведения.

Методы аутогенной тренировки и релаксации (например, прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону) самостоятельного значения в настоящее время не имеют и используются в основном как вспомогательные методы для проведения поведенческой психотерапии [Jacobson E., 1929].

Прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону (короткий вариант). Вводная инструкция. Эмоциональные переживания сопровождаются различной степенью напряжения мышц. При страхе, тревоге, гневе мышцы сильно напряжены. При положительных эмоциях мышцы расслаблены.

Занятие проводится сидя. Голова прислонена к стене, руки лежат на подлокотниках.

Вначале пациент вызывает у себя напряжение последовательно во всех группах мышц, при этом напряжение выполняется на вдохе. Пациент внушает себе ощущение тепла.

Расслабление сопровождается быстрым и резким выдохом. Время максимального напряжения мышц 5-7 с, расслабления 30-45 с. Расслабление иррадиирует по всему телу.

Каждое упражнение выполняется 2 раза.

1) Кисти. Максимально сжать кулаки. Представьте себе, что вы выдавливаете из сжимаемой сосульки воду.

2) Мышцы рук. Руки вытянуты вперед, пальцы растопырены. Необходимо как бы дотянуться пальцами до противоположной стены.

3) Плечи. Как бы дотянуться плечами до мочек ушей.

4) Грудь—спина. Перекрестить лопатки.

5) Живот. Сделайте свой живот каменным, словно отражаете удар.

6) Стопы. Дотянуться пальцами ног до середины голени.

7) Голени, бедра. Пальцы ног фиксированы, пятки поднимаются.

8) Верхняя треть лица. Удивленное лицо, сморщить лоб.

9) Средняя треть лица. Скосить глаза, сморщить нос.

10) Нижняя треть лица. «Улыбка Буратино» — отвести уголки рта до ушей.

11) Нижняя треть лица. «Поцелуй» — губы хоботком, звук «у-тю-тю», Первые три занятия проводятся последовательно со всеми одиннадцатью группами. Потом объединяются 1—2 гр., 3-4 гр., 5-6 гр., 7-10 гр.

Методы **самоконтроля.** Методы самоконтроля базируются на оперантном обусловливании с использованием некоторых когнитивно-поведенческих приемов. Тренинг состоит из различных видов поведенческой модификации, который планируется и проводится клиентом под руководством психотерапевта. Изменения поведения клиента возникают при условии его активного вовлечения в процесс лечения и принятии ответственности за результат. Пациент развивает новые стратегии совладания с трудностями, ранее отсутствовавшие

в его поведенческом репертуаре. Методы самоконтроля могут применяться в различных областях — при трудностях в работе и в обучении, при состояниях зависимости, нарушениях пищевого поведения, страхах и фобиях.

Они помогают уменьшать страх и тревогу, контролировать агрессивное поведение, улучшать учебу, повышать уверенность в себе, и в конечном итоге — регулировать самооценку.

В частности, применяются следующие приемы: самонаблюдение (ведение дневника поведения); внешний контроль за стимулами (пациентка с булимией удаляет из своей квартиры высококалорийные продукты); самовознаграждение (когда удалось достичь поставленнной цели); релаксация с помощью самовнушения, самоинструкции (внутренняя вербализация для саморегуляции поведения); способ остановки мыслей (для прерывания навязчивых идей) и т. д. Наконец, пациент может переходить к самостоятельному осуществлению таких техник, как конфронтация в реальной обстановке или когнитивное переструктурирование. Остановимся подробнее на некоторых приемах.

Самонаблюдение предоставляет психотерапевту возможность исследовать основную линию проблемного поведения. Клиента просят написать, что произошло перед возникновением, например, скандала. Такая запись позволяет оценить, что запускает агрессивное поведение. Кроме того, само по себе самонаблюдение нередко уменьшает проблемное поведение. Для подростков важно научиться проводить функциональный анализ их проблем.

Так, Никита У., 15 лет, у которого конфликтные отношения с матерью, представил его следующим образом: У меня есть трудность контролировать свою злость, когда мать «давит на меня» (общая проблема). Вчера вечером, когда я пришел домой, она спросила, почему я задержался на полчаса. Она удивилась, что я снова был на дискотеке. Сначала я молчал, затем после повторения расспросов (что случилось) потерял терпение (аффективная реакция), поднял крик (вербальная агрессивная реакция) и загнал ее в ванную комнату (динамическая поведенческая реакция), где она закрылась (краткосрочное последствие). Затем я успокоился и расстроился, что я сделал (последствия для себя). Затем она вернулась в комнату (долгосрочное последствие).

Самонаблюдение позволяет также пациенту научиться распознавать собственные мысли (когниции), чувства и действия в проблемных ситуациях. Постепенно вместо вербальной агрессии у него есть шанс использовать более приемлемый способ ее выражения. Самооценочный аспект тренинга способствует развитию понимания клиентом его поведения, поиску альтернативных способов решения проблемы (например, действовать уверенно, а не агрессивно), выяснить, что другие могли чувствовать по поводу его поведения, осуществлять постановку других целей.

Самоинструкции. Мы все говорим что-либо себе. Мы даем себе приказы, указания, инструкции или информацию для решения проблем. Д. Мейхенбаум (1977) разработал экстенсивную модель для тренировки механизмов совладания («прививка против стресса»). Согласно этой модели, человек движется от открытой вербализации инструкций к субвокализации и далее — к внутреннему диалогу.

Клиент может начать с прямой вербализации, которая со временем станет частью поведенческого репертуара. Клиентов обучают прямым инструкциям, которые в ряде случаев переходят в «контр-инструкции» страху, агрессии, и другим нарушениям поведения. Самоинструкции применяются с примерными формулами по следующим этапам.

1. Подготовка к столкновению со стрессором.

«Я смогу разработать план, чтобы справиться с этим».

«Это легко сделать. Помни о чувстве юмора».

2. Реагирование во время провокации.

«Пока я сохраняю спокойствие, я контролирую ситуацию».

«Беспокойство не поможет мне в этой ситуации. Я спокоен».

3. Отражение опыта.

а. Когда конфликт неразрешим: «Забудь о трудностях. Думать об этом — только разрушать себя».

б. Когда конфликт разрешен или удалось справиться с ситуацией: «Это оказалось не так страшно, как я думал».

Использование воображения, скрытого моделирования, тренинга самоинструкций, методов релаксации одновременно. В этом интегрированном варианте клиенту предлагается на фоне релаксации в безопасной обстановке психотерапевтического кабинета использовать воображение и перенестись в ситуацию, вызывающую проблемы и сопровождающие их неприятные ощущения. В отличие от методики систематической десенсибилизации клиент самостоятельно последовательно преодолевает барьеры, используя релаксацию, тренинг самоинструкций, положительное подкрепление, анализируя дисфункциональные мысли. В прямой вербализации отрицательных эмоций клиенты часто обнаруживали иррациональность собственных идей. Если фантастические последствия подтверждаются аргументами, психотерапевт работает по реалистичной оценке опасности, а клиент приобретает навыки совладания. Этот метод используется и у клиентов, имеющих негативное отношение к гипнозу.

Метод «Стоп-кран», или триада самоконтроля (применяется как средство неотложной психотерапевтической помощи), заключающийся в остановке мысли, релаксации, скрытом подкреплении. Основан на концепции скрытого моделирования.

Клиента просят закрыть глаза и представить картину, вызывающую отрицательные эмоции, одновременно сфокусировавшись на негативной мысли. Когда появляется такая мысль, его просят поднять палец. На этот сигнал психотерапевт произносит «Стоп!». Клиент обычно отмечает, что мысль исчезает. Затем его просят самому себе сказать «стоп», воображая красный сигнал светофора. После этого рекомендуется глубоко подышать и добиться релаксации. Третьим компонентом скрытого подкрепления служит представление приятной сцены, выбранной заранее из репертуара клиента. Когда клиент способен «видеть» и «чувствовать» положительные эмоции от последовательности картин, вся триада воспроизводится еще раз: 1) клиент представляет мысль, которую нужно «удалить», субвокально кричит «СТОП»,

представляя красный сигнал светофора; 2) проводит релаксацию; 3) представляет приятную картину. Дома рекомендуются тренировки дважды в день.

Заключительный этап тренинга самоконтроля состоит в установлении системы самоподкрепления, например, награждать себя каждый раз, когда у клиента что-то получилось хорошо.

Прием -«шкалирования» позволяет сделать замеры проблемы: больше или меньше, сколько процентов, градусов, на каком месте по тяжести и т. д. Отвечая на подобные вопросы, у клиента иногда спонтанно возникает снижение тревоги. Для тех клиентов, которые воспринимают вещи как «все или ничего», этот прием также весьма эффективен. Шкалирование чувств позволяет увеличить у клиентов дистанцию или расширить перспективу. Клиенты замеряют чувства или установки, используя десятичную (1-10) или стобалльную (1-100) систему измерения. Клиентам предлагается оценить любое стрессовое событие в жизни по этой же системе. Техника шкалирования дает возможность определить установки в их жизненном контексте. Так как клиенты нередко находятся на крайних позициях, любое движение к средней точке имеет лечебный эффект. С помощью приемов шкалирования оценивается также эффективность разных методов социально-психологического тренинга (например, на каком месте по уверенности вы себя поставите). Проводят замеры в начале и в конце цикла занятий.

Исследование угрожающих последствий («декатастрофизация»). Этот прием, также называемый «что если», включает помощь клиентам в оценке преувеличения ими природы катастрофической ситуации и расширении ограничения мышления. Используются вопросы и воображение. Задаются вопросы типа «Что самое страшное может произойти?», «А если произойдет, что будет ужасно?». Если опыт (и сама жизнь) воспринимается как серия катастроф и проблем, психотерапевту следует подвести их к восприятию реальности. Клиент должен увидеть последствия жизненных событий не через призму «все или ничего», а более оптимистично. Важно, чтобы этот прием использовался с деликатностью и вниманием, а клиент не чувствовал себя высмеянным. Одновременно его стимулируют к поиску альтернатив.

Преимущества и недостатки. Взвешивание преимуществ и недостатков определенных установок помогает клиентам восстановить баланс и наметить пути решения проблемы. Депрессивные клиенты, суициденты часто односторонне оценивают события. Когда их просят определить преимущества и недостатки обеих сторон предмета, то этим достигается более широкая перспектива. Этот прием может использоваться для исследования преимуществ и недостатков определенных действий (например, манеры одеваться), способа мышления определенным путем (например, что другие говорят о Вас) и определенных чувств (например, печали). Хотя клиенты часто жалуются, что не могут контролировать свои чувства, действия и мысли, подобные упражнения способствуют их развитию, что является сильной стороной когнитивной психотерапии.

Опрос свидетельских показаний. Клиенты пытаются привести определенные доказательства для поддержания идей и иррациональных установок. Сбор «свидетельских показаний» требует перепроверки информации. Деп-

рессивные клиенты часто придают вес всем источникам информации; это заставляет их делать ложные выводы, что их не любят, и, таким образом, «убивают» сами себя. Многие клиенты игнорируют главную часть информации и фокусируются на второстепенных данных, поддерживающих дисфункциональную картину их мира. Разговор о доказательствах в присутствии членов семьи или значимых других приводит к прояснению ситуации.

Часто клиенты употребляют утверждение «Это моя вина». Его часто можно услышать в ситуации стресса, разлуки или развода. Трудно предположить, что во всех ситуациях один человек может на 100% быть виноватым. Депрессивные клиенты часто берут на себя ответственность за события и ситуации, только частично относящиеся к ним. Психотерапевт помогает клиентам распределить ответственность между всеми участниками общения. Если игнорировать позицию ответственности: «Это не ваша вина», «Она не стоит этого», «Вам будет лучше без нее», то пациент перестанет воспринимать психотерапевта как партнера и возможен срыв психотерапии. Особенно в работе с подростками лучше придерживаться средней позиции, тогда клиенту легче распределить ответственность и не принимать как все обвинения на свой счет, так и тотально обвинять других в своих неудачах.

Исследование выбора (альтернатив) мыслей и действий. Многие клиенты считают, что у них нет выбора. Пожалуй, самым ярким примером является отсутствие выбора у суицидальных пациентов. Они видят свои перспективы и альтернативы столь ограниченно, что среди их выборов смерть может быть самым легким и простым выходом. Данная когнитивная стратегия заключается в поиске альтернатив, дополнительных выборов, научению решать проблемы. Используются приемы «мозгового штурма», аргументация и контраргументация, ролевые игры со сменой ролей (например, психотерапевт играет роль депрессивного клиента). Следующая иллюстрация отражает применение метафорического подхода в сочетании с когнитивной техникой «Преимущества и недостатки» при работе с пациенткой со стойким агрипническим синдромом.

Пример. Вика, 16 лет. Обратились родители с жалобами на нарушение сна у девочки в течение 2 лет, сниженное настроение, безуспешно леченные медикаментами. Не вписалась в классный коллектив, когда перешла в новую школу. Последние два года обучается на дому из-за частых соматических заболеваний и стойкой бессонницы. Оказалось, что бессонница носит «условно приятный характер», позволяя ей не испытывать нажима со стороны старших родственников. «Смотрю на город в огнях, знаю, кто из соседнего дома тоже не спит». При знакомстве с пациенткой выяснено, что семья является дисфункциональной. Имеет место доминирующая гиперпротекция со стороны матери и бабушки. Родители в ссоре и живут на разных квартирах.

На одном из занятий сообщила, что ее давит «груз», жестом показав на спину. Этот груз напоминал мешок. Содержимое мешка представлено в виде различных отрицательных эмоций и состояний. В ходе ролевой игры с использованием когнитивной стратегии поиска альтернатив девушке удалось осознать позитивный смысл тех страданий, которые ей пришлось пережить. Приводим полярности, разбиравшиеся во время сеанса.

1. Разочарование — всем не угодишь.

2. Неуверенность — сама строю свою жизнь, опираясь на себя и на друзей.

3. Уход от реальности — творчество (рисование, занятие дизайном) помогает в сложные моменты жизни, в самовыражении.

4. Болезни — поиск здорового образа жизни, борьба за себя, вера в свои силы.

5. Высокомерие — в каждом человеке что-то есть хорошее. Не все от меня зависит.

6. Обида, зависть к материальному положению подруг — старые обиды надо прощать, за деньги счастье не купишь.

7. Вина за принесенные жертвы матерью — свобода внутри человека. Жить в обществе и быть свободным от общества нельзя. Моя свобода зависит от меня. Сообщила, что почувствовала себя в конце занятий белой птицей. («Белая ворона» превратилась в «белую птицу»). Совершила символический полет по учебной комнате. Придя на занятия на следующий день, сообщила, что впервые за два года рано заснула.

Парадоксальные приемы. Использование юмора. Эмоциональные расстройства в большей степени возникают у людей, воспринимающих жизнь как вереницу проблем. Юмор относится к существенным человеческим проявлениям, он дает возможность пациенту занять дистанцию по отношению к чему угодно, в том числе — и к самому себе, и обрести тем самым полный контроль над собой.

Юмор помогает индивиду смеяться над собой и, таким образом, принимать себя с собственной уязвимостью и подверженностью ошибкам; позволяет высветить множество иррациональных убеждений клиента в безопасной, приемлемой манере; обеспечивает новыми данными и потенциально лучшими решениями, менее драматическим, действенным путем; облегчает монотонность и «сверхсерьезность» многих повторяющихся и дидактических моментов, которые очевидны для любой психотерапии; остро прерывает некоторые старые, дисфункциональные привычки мышления и создает условия для использования новых, более эффективных способов реагирования и поведения; служит отвлекающим моментом, который, по меньшей мере, может «отключить» от самокопания и навязчивых идей; позволяет выйти на проблему клиента, снять страх перед ее решением.

Смех, возникающий у клиента, является антиподом страха и агрессии. Психотерапевт, использующий техники юмора, должен иметь устойчивый рабочий альянс с клиентом, достаточно времени для занятий, хорошую интуицию — когда применять юмор и парадоксальные приемы, а когда сделать паузу.

Остановимся на некоторых парадоксальных приемах.

1. Переоценка, изменение способа восприятия темы — рефрейминг (reframing). Цель этого приема — изменить восприятие какого-либо негативного события на позитивное. Используют несколько вариантов рефрейминга:

а) вопросы, помогающие изменить дисфункциональное мышление. В вопросе «Что Вы планируете для изменения своей жизни» существует посылка, что нужно сделать что-то самому. Когда пациент жалуется, что кто-то ненавидит его, вопрос, что он собирается делать в этой ситуации, позволяет пре-

рвать дисфункциональное мышление. В этом случае иногда помогает и прием «перевертыша»: попросить сказать «Я ненавижу его» и соприкоснуться с эмоциональным опытом;

б) смена «ярлыка», мнения (relabelling). Она достигалась несколькими способами. Иногда случалось, что видимое несчастье могло иметь позитивный исход, по типу «Все, что ни делается — к лучшему». Потеря работы может быть несчастьем, но в некоторых случаях — стимулом к поиску новой работы или деятельности. Одну и ту же вещь можно рассматривать и как стрессор, и как стимул к личностному росту. Эта когнитивная техника позволяла пациенту увидеть позитивные моменты в стрессовой ситуации, вызывающей отрицательные эмоции. Клиенты иногда отвечают психотерапевту на его вопросы, исключая любой позитивный аспект. В этом случае подчеркивается, что предлагаемая клиентом точка зрения не более реалистична, чем точка зрения психотерапевта. Однако многие клиенты убеждены, что негативная точка зрения более значима из-за силы и весомости отрицательных эмоций. Проиллюстрируем примером из групповой психотерапии подростков.

Пример. Нина, 14 лет. Обратились с жалобами на агрессивность, периодическое воровство денег, манкирование учебой. Указанные нарушения существуют уже около двух лет. Нина проживает с матерью. Отец умер 5 лет назад, в возрасте 30 лет от злоупотребления алкоголем. Мать — юрист по образованию, в настоящее время работает продавцом в киоске. Бабка по линии матери живет рядом в соседнем доме, часто навещает их. Мать вынуждена звонить ей до сих пор, если задерживается с работы. Нина согласилась пройти краткосрочную групповую психотерапию. На 4-й день в ролевой игре исследовалось ее чувство вины по отношению к матери. Проигрывание осуществлено в виде судебного разбирательства чувства вины. Из числа участников группы были выбраны обвинители и защитники эмоций девушки и ее матери. При обмене чувствами Нина сообщила, что «ее душа очистилась». На 5-й день не пришла на занятия.

Приводим выписку из протокола 6-го дня работы группы. Идет обсуждение самочувствия участников.

Нина. «Я поздно приехала, пошла в гости. Мне налили «штрафную», потом еще одну...

Психотерапевт. А что бы произошло, если бы ты отказала?

Нина. Ничего. Потом уснула за бутылкой, дошла домой. Мама спала, а я пошла спать с тазиком. В 6 часов проснулась, но ехать на занятия не могла. Мама меня будила, но не стала настаивать на подъеме, наверное, поняла, что я напилась.

Психотерапевт. Не ругала?

Н. Нет. Очень пить хотелось.

Психотерапевт. Каждый раз будешь штрафную пить?

Н. Обычно пьем пиво.

Психотерапевт. Тебе трудно отказывать?

Нина. Компанию надо поддерживать.

Психотерапевт. А если компания предложит ларек ограбить, тоже поддержишь?

Нина. Если интересно и все пойдут — пойду.

Психотерапевт. А последствия тебя не пугают?

Нина. Я давно хотела побывать в тюрьме.

Психотерапевт. Давай попробуем.

Группа воспроизводит один день из жизни женской тюрьмы, имитируют ее порядки: спать по очереди, место протагонистки у «параши». Ситуация доводится до абсурда. Нина испытывает напряжение, плачет и смеется одновременно...

Нина. Нет, такого я, пожалуй, не хочу. Хочется быть хорошей Ниной!

в) позитивная оценка симптома (берется во внимание позитивная мотивация клиента, нередко неосознаваемая, при этом игнорируются морально-нравственные критерии): юмористическое или оптимистическое название проблемы, придумывание прозвища. Главная функция нового имени — помочь людям, причастным к проблеме, избавиться от различных отрицательных ассоциаций, связанных с традиционным названием. Удачно выбранное новое определение служит целям облегчения разговора о проблеме и выполнения роли трамплина для ее разрешения;

г) восприятие проблемы как друга. Этот способ помогает пациенту быть в диссоциированном состоянии. Например, депрессивному пациенту предлагается увидеть депрессию как друга и обсудить ее в третьем лице.

2. Предписания. Предписание симптома — известный метод парадоксальной интенции Франкла [Frankl V. E., 1973]. Пациенту, испытывающему страх смерти (соматически здоровому), предлагается умереть несколько раз на этом месте, прямо сейчас.

Другой способ предписания заключается в обратном воспроизведении симптома. Если тики начинаются с мигательных движений, а заканчиваются подергиванием плеча, то пациенту рекомендуется выполнить их перед зеркалом в обратной последовательности. Предписываются и два несовместимых действия (реципрокная ингибиция), например, прогулка в приятном обществе при страхе открытых пространств.

В безвыходных ситуациях присоединяются к сопротивлению клиента и дают ему возможность «сохранить» симптом или поведение («генерализация дезадаптивного поведения»): «Ты, возможно, будешь иметь страхи длительное время, может быть — навсегда».

Суммируя все вышесказанное, необходимо еще раз отметить, что современная поведенческая психотерапия, подчеркивая значимость принципов классического и оперантного научения, не ограничивается ими, обогащается приемами других направлений психотерапии, таких как гештальт-терапия, психодрама и др. Важность «случайных событий», промежуточных переменных, расположенных между стимулом и реакцией, когнитивной составляющей поведения признается всеми исследователями. В последние годы это направление психотерапии абсорбирует также положения теории переработки информации, коммуникации и даже больших систем, вследствие чего модифицируются и интегрируются методики и техники поведенческой психотерапии.

Контрольные вопросы

1. Что такое классическое обусловливание?
2. Что такое оперантное обусловливание?
3. Какие методы когнитивно-поведенческой психотерапии Вы знаете?
4. Кто являются основоположниками поведенческой психотерапии?
5. Приведите примеры заболеваний, в патогенезе которых сочетаются факторы положительного и отрицательного подкрепления.
6. В чем принцип методики «договор с самим собой»?
7. Как поведенческая психотерапия превратилась в когнитивно-поведенческую психотерапию?

Рекомендуемая литература

1. *Кулаков С. А.* Психотерапия и психопрофилактика аддиктивного поведения у подростков: Практическое пособие // Приложение № 2 к «Журналу практического психолога». — М., 1996. — 48 с.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. - 1024 с.
3. Психотерапия детей и подростков (пер. с нем.) / Под ред. X. Ремшмидта. - М.: Мир, 2000. - С. 129-143
4. *Федоров А. П.* Когнитивно-поведенческая психотерапия. — СПб.: Питер, 2002. - 352 с.
5. *Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности. — СПб.: Питер,1997. — 608 с.
6. *Ялов А.* Краткосрочная позитивная психотерапия: Методическое пособие. - СПб.: Иматон, 1997. - 63 с.



СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

СЕМЕЙНАЯ СИСТЕМНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Определение

Существует как минимум четыре определения семейной психотерапии. Первое: семейная психотерапия является формой проведения основного метода психотерапии применительно к проблемам конкретной семьи (аналитическая семейная психотерапия, поведенческая и др.).

Второе: семейная психотерапия является комплексом приемов и методов психотерапии, направленных на коррекцию психологического, социального и биологического статуса клиента в семье и при помощи семьи. Согласно этому определению семья содержит в себе как саногенный, так и патогенный потенциал.

Третье: семейная психотерапия — методы психотерапии в рамках самостоятельного направления, опирающегося на определенные теории (систем, кибернетики, коммуникативных каналов и др.).

Четвертое: семейная системная психотерапия — это система психологических взаимодействий двух живых открытых систем — семьи и психотерапевта с целью оптимизации функционирования каждой [Эйдемиллер Э. Г., 2002].

Семейная психотерапия включает в себя структурную семейную психотерапию, стратегическую семейную психотерапию, поведенческую семейную психотерапию и др.

В структурном подходе подросток рассматривается как «носитель симптома», а семья как пациент. Целью структурных вмешательств служит изменение структуры семьи для улучшения функционирования всех ее членов и создание более сбалансированной семейной системы. Например, в ригидной семье организовать более открытую коммуникацию и переговоры, хаотичной семье помочь выстроить иерархическую структуру, восстановить родительский контроль и сотрудничество в супружеской подсистеме, что обеспечит адекватное руководство семьей и воспитанием детей. В разобщенной системе психотерапевт помогает объединению семьи на основе помощи «идентифицированному пациенту» и прояснения возможных выгод для всех членов семьи. Важно отметить, что поставленные цели по изменению семейных структур должны соответствовать темпу восприятия семьей обратных связей.

Часто дисфункциональные семьи действуют по правилу «все или ничего» в рассмотрении возможных перемен. Нередко они опасаются, что если в семье будут происходить изменения, то они будут крайними по характеру. Например, передача ответственности подростку в «запутанной системе» может быть затруднена из-за страха матери его полного отделения от семьи и столкновения с супружескими проблемами.

В стратегической семейной психотерапии основное значение придается анализу нарушений семейной иерархии. Стратегия, используемая в этом психотерапевтическом подходе, основана на манипулировании властью. Иначе говоря, психотерапевт перераспределяет власть между членами се-

мьи. Считается, что поведенческие отклонения ставят молодого человека на более высокую позицию по сравнению с родителями на лестнице семейной иерархии. Иерархия в семье определяется неизменно повторяющейся последовательностью, с которой один член семьи сообщает другому, что он должен делать. В семьях, где поведению детей присущи серьезные отклонения, психотерапевт сталкивается с такой ситуацией, при которой подростки, продолжая экономически и эмоционально зависеть от своих родителей, отказываются выполнять то, чего от них требуют старшие. Психотерапевтические вмешательства, применяемые представителями этой школы, служат для установления в семье такой иерархии, при которой родители начинают занимать более высокую позицию по отношению к молодым людям. Содержание коммуникаций между родителями и детьми включает сообщения о родительских ожиданиях, обращенных к детям, а также о правилах, на выполнение которых рассчитывают старшие, и, наконец, о мерах, последующих в случае нарушения установленных правил. Когда подросток теряет власть над родителями, он начинает вести себя в соответствии с социальными требованиями.

Поведенческое направление семейной психотерапии основано на принципах теории научения. Используются приемы и методы классического, оперантного и других видов научения (контракты, жетонная система, тренинг родительской компетентности, проблемо-разрешающий подход).

В современной семейной психотерапии главенствующей тенденцией является развитие конструктивисткой или нарративной психотерапи. Существует прямой перевод этого слова с английского — нарративный (дословно — рассказывающий, описывающий, повествовательный, наглядно-образный). Последний подход считается более «гуманным». Истории, рассказываемые клиентом, могут носить печальный и комический характер, а выводы быть абсурдными. Это деление, на наш взгляд, условно. Часто одно психотерапевтическое занятие использует множество комбинированных приемов. На смене одного тысячелетия другим границы между различными подходами семейной психотерапии стираются. Например, в структурной психотерапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью поведенческого подхода. Так, например, при сборе семейного анамнеза по генограмме составляется семейная история, учитываются «метафоры», «символы» и «темы». В каждом направлении семейной психотерапии можно найти определенные позитивные стратегии и использовать их в работе с детьми и подростками.

В целом необходимо определить, какие дисфункциональные семейные паттерны могут быть изменены. Учитываются аффективные, поведенческие и когнитивные ожидания каждого члена семьи. Независимо от применяемых подходов семья должна активно участвовать в лечении.

Объектом вмешательства является не только дисфункциональная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Дисфункциональная семья — семья, в ко-

торой выполнение определенной/ых функции/ий нарушено. Нормально функционирующая семья — это такая, которая создает или заимствует правила, благодаря которым каждый член семьи и семья в целом удовлетворяют свои потребности в самоактуализации, росте, изменениях, принятии и одобрении. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям, и акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Общие цели разных методов семейной психотерапии можно представить следующим образом: изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о предъявляемой проблеме; трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностного к системному подходу; модификация проницаемости границ между подсистемами; создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов; коррекция различных форм иерархического несоответствия; прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение на поверхность важных «незаконченных дел», открытие семейных секретов, улучшение коммуникативного стиля между членами семьи.

Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи. Обычно семейная психотерапия сосредоточена на более, чем одном члене семьи, хотя может иметь дело с одним из ее представителей на протяжении всего курса лечения.

Теоретическое обоснование семейной психотерапии

Основные положения системного подхода

Семья — открытая, развивающаяся система, в которой равновесие поддерживается благодаря постоянному переходу от гомеостаза к изменениям.

Наша жизнь протекает в широкой иерархии взаимодействующих систем (от молекулярного уровня до систем космоса). Семейная система представляет собой открытую систему, где члены семьи взаимодействуют друг с другом и с окружающими системами (школа, производство). Семья — постоянно развивающаяся система вследствие взаимодействия («обратных связей») с внешними системами (биологическими и социальными). Внешние силы могут оказывать положительное или отрицательное влияние на семью, в свою очередь последняя воздействует аналогичным образом на другие системы («прямые связи»). Таким образом, семейная система стремится, с одной стороны — к сохранению сложившихся связей, с другой стороны — к развитию и переходу на более высокий уровень функционирования. Семья как живая и открытая система, существующая в неравновесных условиях, функционирует благодаря действию двух законов —

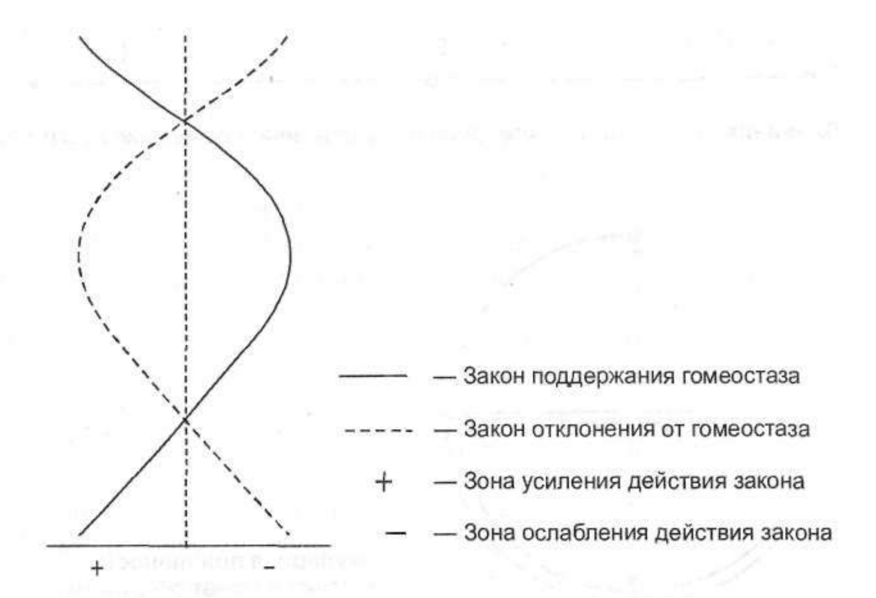


Рис. 35. Законы поддержания и отклонения от гомеостаза.

поддержания и отклонения от гомеостаза. Оба эти закона действуют взаимосвязанно и реципрокно (рис. 35).

Семья как система имеет следующие характеристики: 1) система как целое больше, чем сумма ее частей; 2) что-либо затрагивающее систему в целом влияет на каждую отдельную единицу внутри системы; 3)расстройство или изменение в состоянии одной части системы отражается в изменении других частей и системы в целом.

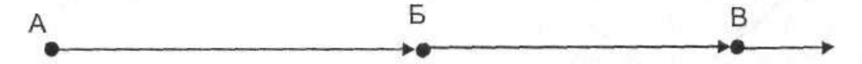
Принципы системного подхода входят во все модели семейной психотерапии. Они могут быть суммированы следующим образом.

1. Люди в семьях тесно связаны друг с другом и «застревают» на тех отношениях и установках, которые чаще способствуют появлению проблемного поведения, чем росту и развитию каждого члена семьи.

2. Люди, живущие в тесной близости, постепенно устанавливают картины взаимодействия, состоящие из относительно стабильных последовательностей вербального и невербального поведения.

3. Картины взаимодействия, поведение и установки, которые наблюдает и в которые вовлечен психотерапевт, могут быть восприняты им «линейным» образом, установив причинно-следственные отношения, или «циркулярным» способом — обнаружение связи симптома с проблемами в семье, определение циркулярной последовательности событий, взаимно влияющих на каждого члена семьи (рис. 36).

4. Проблемы в семейной жизни часто связаны с дилеммами в адаптации к некоторым средовым влияниям или изменениям (горизонтальные стрессоры). Такие изменения уже могли произойти или могут произойти. Например, юноша, который отделяется от родительской семьи, миграция семьи или



Линейная причинность: поведение А обусловливает поведение Б, В и т. д.

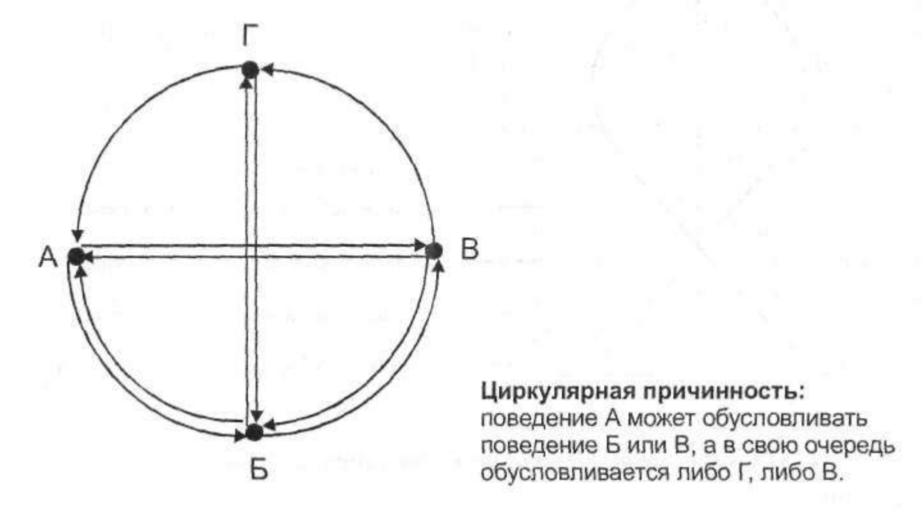


Рис. 36. Линейная и циркулярная причинность последовательности событий.

неминуемый развод. Все это заставляет расстаться со старыми картинами отношений и создавать новые.

Живая система характеризуется изменчивостью от хаоса (энтропия) до ригидности по отношению к большому комплексу устойчивых, повторяющихся картин взаимодействия. Здоровые и дисфункциональные члены семьи имеют шанс проявить множество способов реагирования на «обратную связь» из среды. Обратная связь, следовательно, может быть обозначена как системный ответ на требуемые изменения для адаптации. Она может проявляться отказами от изменений, поддерживая гомеостаз (например, оставить вещи такими, какие они есть). Члены нормально функционирующей семьи быстро и адекватно реагируют на изменение внешней и внутренней ситуации. Реакцией на «обратную связь» является позитивное изменение в семье, рост и креативность ее членов. В таких семьях, при возможности согласия между родителями, супружеская и детская подсистемы имеют четкие границы. Здоровая семья основывается не на доминировании родителей над детьми, а на том, что сила первых обеспечивает безопасность вторых. Семейные правила здесь открыты и служат позитивными ориентирами для роста каждого члена семьи. Подробные детали, рассуждения, способы и языковые особенности, которыми семья пользуется для описания этих изменений — служат ключами к открытию нюансов функционирования семейной системы и решению их проблем.

5. Невысказанные эмоции, ригидные установки, секреты могут служить сильным препятствием для нормализации гомеостаза.

6. Дисфункциональные семьи — ригидные семейные системы, которые пытаются сохранить привычные стереотипы взаимодействия между элементами своих подсистем и другими системами вне зависимости от изменения внешних условий. В результате этого блокируются актуальные потребности самого «слабого» члена семьи (чаще — ребенка), и у него возникает какое-либо заболевание (соматическое, психосоматическое или психическое расстройство). Он становится «носителем симптома», который позволяет удерживать старые сложившиеся взаимоотношения между членами семьи. Симптоматическое поведение появляется в результате стереотипных «застывших» ролевых взаимодействий между членами семьи, служит «коммуникативной метафорой»(шифром потребностей семейной системы), отражая некоторые закрытые темы, прямое обсуждение которых нарушило бы семейные правила. Если семья рассматривается как саморегулирующаяся система, а симптом как механизм регуляции, то в случае ликвидации симптома вся система окажется временно нерегулируемой.

7. С системной точки зрения изменение является не единственным решением единственной проблемы, а дилеммой, требующей разрешения. Принципиальный вопрос семейной психотерапии заключается не в том, как избавиться от симптома, а в том, что произойдет, если он исчезнет; дискуссия переносится с обсуждения проблемы, кто является носителем симптома, что его вызывает и как от него избавиться, на проблему, как без него будет функционировать семья и какую цену ей придется заплатить за его исчезновение.

8. Концепция гомеостаза должна учитываться при любом вмешательстве в семью. Полезно знать, до какой степени аспекты семейной жизни изменились и какие картины предыдущих семейных взаимоотношений поддерживаются, что влияет на развитие личности ребенка и что может возникнуть в результате последующей семейной реорганизации. Дисфункциональные семьи часто пытаются сохранять статус-кво, несмотря на попытки психотерапевта стимулировать изменения.

9. «Идентифицированный пациент» или «носитель симптома» может возникнуть в семье как при попытке сохранения гомеостаза во время прохождения какой-либо стадии жизненного цикла, так и при разрешении конфликта неадекватным способом. Ряд семей пытаются в ответ на системные стрессоры, сдвиги или травмы реагировать усилением ригидных картин взаимодействия («инконгруентная адаптация»). Сохранение или усиление негибких способов реагирования почти универсально в ситуациях страха, возникающего в результате болезни, миграции, расовой дискриминации и других факторов, связанных с потерей, но при длительном использовании этого механизма защиты нарушается естественный обмен энергетики в семье — и при соответствующей генетической предрасположенности симптоматика может достигать даже психотического уровня.

Пример. Андрей, 13 лет.

До 11 лет никаких проблем с мальчиком не было. Впервые в 11 лет отмечено появление жалоб на страх смерти, который сопровождался головокружениями, сердцебиением, онемением рук и ног, покалыванием в кистях рук.

Требовал корвалола, после приема которого все симптомы проходили. Эти жалобы наблюдались в течение 2 месяцев, затем в течение 2 лет более не регистрировались.

Жалобы появились вновь вскоре после ухода отца. Мальчик стал плаксив, снизилось настроение («Отец ушел — это конец моего представления о жизни»). Летом 1998 г. подросток ездил к родителям отца, и у него возник страх, как он один будет возвращаться в Петербург. Когда он прибыл в наш город, его отвезли к бабке для снятия сглаза («папина новая жена «сглазила», чтобы папа ко мне не тянулся»), но результат «доморощенной» психотерапии был отрицательным. В середине сентября присоединились другие необычные отклонения в поведении. Вот как он сам описывает свои жалобы: «Это началось где-то полмесяца назад. У меня появилось ощущение двойного пространства (как будто я вижу себя со стороны). После этого у меня появились страхи за свое здоровье. Мне чаще стало становиться плохо. Затем возникла назойливая мысль, что мне должно стать плохо. Я стал ощущать страх, когда входил в метро, а потом страх выходить на улицу надолго. Появилось ощущение унынья, мысль, что я никогда не поправлюсь, Настроение стало меняться очень часто». Страхи за свое здоровье трансформировались в страх смерти. Мальчик отказался ездить в метро и в общественном транспорте. В конце сентября снизилась успеваемость в школе, кроме того, периодически повышалась температура тела до 37,2 °С. В начале ноября на улице отмечен эпизод суженного сознания: видел только мать и дом. Испытывал ощущения, как будто он находился в маленькой стеклянной комнате. Присоединился страх открытого пространства, и подросток отказался от посещения школы.

Наблюдался в отделении неврозов, получал феназепам. В результате медикаментозной терапии «расстройство двойного пространства» стало менее интенсивным. Назначенная затем гипнотерапия не принесла улучшения. Сохранялось сниженное настроение, тоска, появилась потребность говорить о смысле жизни. Часто спрашивал мать, любит ли она его. Дома в выходные дни слушал записи любимых мелодий через плейер, а телевизор не смотрел. В конце сентябре этого года мальчик убедился, что отец в семью не вернется, и вскоре госпитализирован в психиатрическую больницу.

В отделении вначале плакал, грустил по дому, отмечалось сниженное настроение. Получал медикаментозную терапию — флуонксол 2,5 мг в сутки. Настроение улучшилось. Играл с детьми, приступил к учебе в школе. В домашний отпуск мать забрала его на машине. Дома был тревожен, звонил своему лечащему врачу. На фоне продолжающейся биологической терапии постепенно повеселел, во второй отпуск ездил уже на общественном транспорте. Дома после слов матери: «Скоро папа приедет» — произошел «срыв»: мальчик стал апатичным, тревожным, попросился опять в больницу. Возобновился страх смерти.

Семейный диагноз.

Прародительская семья. Дед по линии матери обижал собственную жену, кричал на нее. Бабка, по характеру закрытая и сдержанная, терпела его эмоциональные взрывы.

Мать Андрея вышла замуж за курсанта морского училища в 18 лет и «сделала его» капитаном. Мотивы вступления в брак: неосознанный поиск защитника от родительской семьи. Четко определить свои чувства к мужу не смогла. Называет его папа Сережа. Знала, что вышла замуж за бродягу, но думала, что сумеет его переделать. Из беседы с ней возникало предположение, что

для нее важен сам факт официально зарегистрированных отношений. После родов страдала пониженным настроением, была тревожна, испытывала страх за воспитание ребенка. Принимала транквилизаторы. Последние годы муж часто и надолго (8-10 месяцев) уходил в рейсы, а летом уезжал к матери помогать ей. Разлуку с мужем переносила тяжело, но оставалась верной женой. Ею интересовались другие мужчины, но как только у тех дело доходило до интимных намеков, быстро обрывала отношения с ними. Муж не оправдал ее надежд, часто обижалась на него, но свои чувства обычно скрывала. Зависима от мнения собственной матери. Находится в конфликтных отношениях с собственным отцом. Андрея сильно опекает, в 13 лет он редко куда-либо ездит один, не умеет даже разогреть пищу.

Со свекровью отношения сложные. С самого начала их совместной жизни первая пыталась контролировать супругов даже на расстоянии. В январе 1998 г. свекрови удалось «найти другую жену для своего сына» и, вернувшись из рейса, он сказал, что уходит из семьи навсегда. Внутренне, несмотря на состоявшийся вскоре развод, мать Андрея не верила в окончательный разрыв отношений, пыталась вернуть сыну отца: просила навещать его, приезжать к нему. У матери есть родной брат, 41 года, замкнутый, неженатый.

Дед Андрея по линии отца всю жизнь жил по правилу: не перечить своей жене. Отец Андрея — молчаливый, необщительный. Когда приходил из рейса, то предпочитал находиться дома и смотреть телевизор, чем идти в гости. Любит сына. В декабре 1997 г. покинул семью, оставив жене и сыну по письму. («Раньше я жил неправильно...»). Переехал к родителям. В настоящее время сожительствует с новой женщиной. Имеет брата-близнеца, который проживает в подмосковном городке. Он женат, у него сын 12 лет.

Подросток был осмотрен профессором Э. Г. Эйдемиллером и консилиумом врачей в ноябре 1998 г. «До 11 лет развитие ребенка было нормальным. С 11 лет появилась симптоматика, которая проявлялась в виде синдрома вегетососудистой дистонии: головокружения, онемения в мышцах рук и ног, нарушения ритма сердца. В 13 лет присоединились дереализационные нарушения, которые носят пароксизмальный и перманентный характер, сочетаясь с истерической и тревожно-депрессивной симптоматикой. Бредово-галлюцинаторной продукции не выявлено. При психологическом обследовании выявлены структурные нарушения мышления. Контекст семейных отношений деформирован, ребенок играет роль «носителя симптома», благодаря которой бессознательно пытается вернуть любовь матери и отца. Отношения матери и сына носят симбиотический и инцестуозный характер. Ребенок своим поведением отражает «расщепленные» («схизисные») отношения в семье. Отмечается выраженная регрессия на оральную стадию (на рисунках рот является превалирующим элементом). Все поведение имитирует поведение младенца, боящегося потерять мать. В дальнейшем было профедено 2 сеанса семейной психотерапии, а подросток включен в группу краткосрочной аналитической психодрамы. Диагноз: шизофрения, синдром неврозоподобных расстройств.

Семейный диагноз

Первым шагом в любом психотерапевтическом подходе является формирование гипотезы, без которой психотерапевт не будет в состоянии получить или организовать информацию. Проявление симптома часто совпадает с определенным или заранее предвиденным изменением в семье, угрожающим

нарушить равновесие (уход из семьи одного из ее членов, вступление в брак, переход на другую работу, поступление в школу, развод, достижение переходного возраста, достижение средних лет, болезнь или смерть).

Тревога, вызванная данными изменениями, активизирует дремавшие до этого конфликты, которые, вместо того чтобы разрешиться, находят свое выражение через формирование симптома^

Собирая семейный анамнез психических расстройств, клиницист может получить ключи к появлению отклоняющегося поведения. Необходимо выяснить не только прошлую историю лечения и установления психиатрического диагноза, но и подобные, трудно диагностируемые, коморбидные симптомы у другого члена семьи.

Семейный диагноз, представляя собой клиническую основу семейной психотерапии, требует от специалиста в области психического здоровья знания системного подхода. Постановку семейного диагноза может облегчить приведенная ниже схема. Рекомендуется задать членам семьи и самому себе вопросы и получить информацию о следующих картинах взаимодействия (поведения) в семье.

Функции симптомов

Одни и те же симптомы в разных системах могут иметь противоположный смысл и иметь разные функции, поэтому так важен анализ уникальной ситуации данной семьи. Понимание того, что может означать то или иное симптоматическое поведение в контексте отношений семьи, каков его смысл для отдельных ее членов и для всей системы в целом, является одной из важных задач семейного психотерапевта. Симптоматическое поведение является частью циркулярных коммуникативных последовательностей, имеет функции, связанные со стабилизацией и развитием семейной системы.

Обратим внимание на две наиболее важные функции симптомов в семейной системе.

Морфостатическая функция. В происхождении эмоциональных и поведенческих расстройств вследствие злоупотребления психоактивными веществами особое место принадлежит способам разрешения конфликтов между членами семьи, в этом случае симптом носит морфостатическую функцию в семье (симптом способствует отклонению в сторону снижения эмоционального напряжения конфликта). Блокирование отрицательных эмоций между членами семьи в дисфункциональных семьях создает ситуацию перенапряжения; «носитель симптома», или «идентифицированный пациент», непроизвольно «оттягивает» энергию на себя. «Идентифицированный пациент» помогает сохранять семейный гомеостаз, подкрепляет родительскую потребность в контроле (позитивная трактовка симптома — positive connotation).

Позитивная трактовка симптома (переопределение) — поиск позитивного значения симптома или поведения для семейной системы. В тех случаях, когда совершаются насилие, самоубийство, инцест или криминальные действия, положительно оценивается мотивация, стоящая за такими поступками, а не сами поступки.

Так, девиантное поведение ребенка может служить попыткой уменьшить напряжение в браке своих родителей, оно играет роль психологической защиты. Родители временно откладывают свои конфликты и переключаются на симптом.

Морфогенетическая функция. Морфогенетическая функция (позитивная обратная связь, отклонение в сторону усиления признака), целью которой является изменение семейной системы, переход на другую стадию. «Идентифицированный пациент» нарушает жесткие семейные правила. Так, подросток может предпринять суицидную попытку как крайнюю меру для того, чтобы получить больше жизненного пространства для самого себя и чтобы изменить жесткие семейные правила.

Появление «носителя симптома» может быть инконгруэнтной попыткой в необычной форме воздействовать на ригидную систему без нарушения ее законов, системы правил семьи.

Симптом и система связаны между собой и служат для определенных целей семьи.

Следующий перечень вопросов и проблем следует обсудить специалисту при сборе семейного анамнеза.

1. Какие события произошли недавно в семье, ухудшившие ее функционирование?

2. Чем отличались отношения в семье перед возникновением проблемы, после ее появления и перед началом обращения к специалисту?

3. Почему семья обратилась сейчас?

4. Носила ли дисфункция семьи острую (кризисную) ситуацию или хронический характер?

5. Как член семьи, договорившийся о встрече с психотерапевтом, «отражал» семейную систему? Какую он исполнял роль — инициатора обращения, ответственного члена семьи или самого виноватого в проблеме?

6. Связана ли предъявляемая проблема или симптоматическое поведение с нарушениями внутри семейной системы? Выяснить нарушения границ между подсистемами (размытые, жесткие).

В качестве иллюстрации нарушения границ между подсистемами приводим следующее наблюдение.

Пример. Татьяна А., 15 лет, направлена на семейную психотерапию из-за неэффективности медикаментозной терапии и трудности установления ею контакта с матерью и бабушкой. Девочка обратилась с жалобами на вырывание волос.

На первую консультацию пришли Татьяна (идентифицированный пациент), мать и бабушка (врач-педиатр на пенсии). Из анамнеза известно, что девочка родилась от 2-й беременности, 1-я закончилась выкидышем. В первой половине беременности — токсикоз. Роды срочные, закричала сразу. Масса тела 2900 г, длина 50 см. Грудное вскармливание до 3 месяцев, после 3 месяцев — сцеженным молоком. На 3-й день жизни обнаружен сальмонеллез — лечение в институте детских инфекций. В 6 месяцев выявлен пиелонефрит, который потребовал длительного лечения антибиотиками. Росла слабенькой, по-

здно стала поднимать голову, но затем догнала ровесников. В 1 год начала ходить, фразовая речь с 1,5 лет.

В 4 года родители обратились к психоневрологу по поводу раздражительности, повышенной тактильной чувствительности (раздражала одежда). Перед сном стала просить маму пощипать спинку и только после этого засыпала. До школы тяжело усваивала двигательные навыки в спортивной секции. К школе умела читать, считать, писать, знала начальный уровень английского языка.

В школу пошла в 7 лет, училась хорошо до наступления пубертата. Занималась английским языком, фигурным катанием, бассейном. Во 2-м классе после летнего отдыха в лагере почти весь класс был заражен педикулезом. Приходилось втирать мазь, вычесывать волосы, что девочке очень не нравилось.

В 13 лет стала много болеть респираторными инфекциями, пропускала занятия, и в школе появились «тройки». Появилась новая компания на даче. Со слов матери, мальчики пьют, курят. А для девочки, по ее мнению, это единственная отдушина. В этой компании есть близкий друг на 3 года ее старше. Мать пытается заставить дочь бросить эту компанию.

Воспитание внучки, по словам бабушки, по типу кумира семьи. Все, что приносится в дом — «все для Тани, она ничего не делает по дому».

Мать считает основным в воспитании дочери — помочь приобрести специальность, а отец — оплатить образование, если понадобится.

Папа, со слов мамы, «невропат, пожарная машина», не может жить со всеми членами семьи и переехал в отдельную квартиру. Когда жили вместе, то мама ходила на цыпочках. После конфликтных ситуаций приходится до ночи успокаиваться и успокаивать его. Сейчас он занимает должность заведующего лаборатории в университете. Несмотря на высшее образование, не прочитал ни одной художественной книги. Отношения с дочерью формальные.

С бабкой отношения сложные, так как она пытается вмешаться в «неправильное воспитание», разобраться в проблемах ребенка. Внучка воспринимается ею как зажатая, агрессивная, если влезают ей в душу. Внешне не выражает никаких эмоций, как-то без красок.

По мнению мамы, девочка наоборот, общительная и эмоционально тонко чувствующая.

Выдергивание волос появилось с 13 лет, совпало с началом месячных. Хотя мама и раньше замечала, что у девочки всегда была взлохмачена голова. В школе стала более зажата, перестала рисовать и лепить, хотя ранее охотно этим занималась. Появились новые друзья, которые ее понимают. В классе отношения с ровесниками сложные. Приходя из школы, говорит: «Я их ненавижу». Выдергивание волос вскоре стало достигать степени облысения. Ритуального характера, связи с психотравмирующими ситуациями выявлено не было.

За 2 дня до начала учебного года вырывание волос привело к обширному косметическому дефекту. Носила парик. Сейчас от ношения парика отказалась, так как опасалась, что он сорвется на уроках физкультуры или где-нибудь еще. Дома выдергивала волосы у себя в комнате, когда делала уроки и никто ее не видел, а также в туалете. Когда ее останавливали родители, то оправдывалась, что себя не контролирует или что просто пригладила волосы.

Бабка отмечает особенности девочки: сидит в туалете по 30 минут с шахматами, моется в ванной по 40 минут 2-3 раза в день. Последнее время стала задавать навязчивые вопросы: красивая ли она? Была обеспокоена формой носа. Успокаивалась, если ее многократно заверяли, что она красивая и у нее голливудские параметры. Не переносила уколы и вид шприца.

Мать неоднократно обращалась с девочкой к врачам-невропатологам, психологам, психоаналитикам и психотерапевтам. В последний визит был назначен галоперидол. Татьяна отказывалась посещать врачей, так как не считала себя сумасшедшей.

В начале беседы девушка была напряжена, на некоторые комментарии матери давала агрессивные реакции. Усиление симптома наблюдалось в ситуациях, в которых девочке предъявлялись какие-либо требования. Обнаруживала признаки психического инфантилизма: грацильность, склонность к обвинениям, слабый самоконтроль, отсутствие прогнозирования своего поведения. Считала, что может сама поправиться, если ей дадут свободу. Наибольшей ценностной ориентацией для подростка служила сфера общения: «мне еще в детстве говорили, что у меня в этом деле талант». После школы собирается стать менеджером.

Эти высказывания девочки стали «ключевыми» для последующего проведения семейной психотерапии отдельно с матерью, отцом, бабушкой, нацеленной на предоставление свободы девочке, передаче ей ответственности, пересмотре позиций в воспитании, расчерчивании границ между подсистемами. В последующем мать сама прошла групповую психотерапию, сообщив, что никогда не думала, что у нее самой столько проблем. Татьяна с двумя тройками закончила 10-й класс, поступила на подготовительные курсы в финансово-экономический университет. Выдергивание волос возникало только эпизодически, дефект на голове устранился.

Системные элементы семьи

Структура базисных семейных ролей

Семейная группа в социальной психологии называется гомфотерной (по-гречески буквально — срубленная топором). Тем самым подчеркивается, что роли в семье являются базисными, а не договорными. Исполнение базисных семейных ролей осуществляется благодаря системе принуждений — законодательных, религиозных, моральных, национальных, традиции и др. Роли матери, отца, сына, дочери и др. — базисные или конвенциональные, то есть они предписаны. Но роль матери может быть и межличностной — «мягкая мать», «виноватая мать» и др.

Структура семейных базисных ролей предписывает членам семьи что, как, когда и в какой последовательности они должны делать, вступая в отношения друг с другом. Повторяющиеся взаимодействия устанавливают определенные стандарты («стандарты взаимодействия»), а стандарты в свою очередь определяют, с кем и как вступать во взаимодействие [Minuchin S., 1974]. В нормально функционирующих семьях структура семейных ролей целостная и динамичная. В дисфункциональных семьях структура либо ригидная, либо диффузная, из-за чего адекватная социализация детей затруднена.

Границы

Границы — воображаемые вехи внутри и между системами, через которые информация переводится из модальности одной системы в другую. Семейные границы могут быть выражены через правила, которые определяют,

кто принадлежит данной системе или подсистеме и каким образом он ей принадлежит. Границы могут быть проницаемыми, жесткими и размытыми. Проницаемые границы рассматриваются как здоровые и функциональные. При жестких границах информация между семейными подсистемами проходит с трудом, а при размытых она вообще теряется.

Это приводит к эмоциональной отдаленности каждого члена семьи друг от друга (например, отец проводит все время на работе, дети на «молодежных тусовках», мать занимается дачей). Размытые границы допускают легкое проникновение информации между подсистемами, которое ведет к «запутанному» клубку внутрисемейных отношений.

Подсистема

Подсистема — это альянс некоторых членов семьи для выполнения конкретных функций — воспитательной, интимной и др. Графически подсистемы и границы изображаются так (рис. 37).

Понятие «подсистема» может быть использовано для описания отдельных элементов системы, например, членов семьи. Семейные подсистемы определяются такими факторами, как поколение, пол, интересы. Очень часто подсистема охватывает подгруппу семьи: родительская подсистема, супружеская, детская или женская или мужская подсистемы в семье. Каждый индивид может принадлежать ко многим семейным подсистемам. Взаимодействия между подсистемами управляются определенными семейными правилами.

Природа отношений подсистем — центральный пункт сбора анамнеза для детских психиатров и психотерапевтов, работающих с семьями — кто кого слушает, кто кого игнорирует и кто меняется в результате получения информации от другого. Границы могут быть значительно нарушены, например, излишнее слияние между членами семьи, инфантилизация родителей или при-

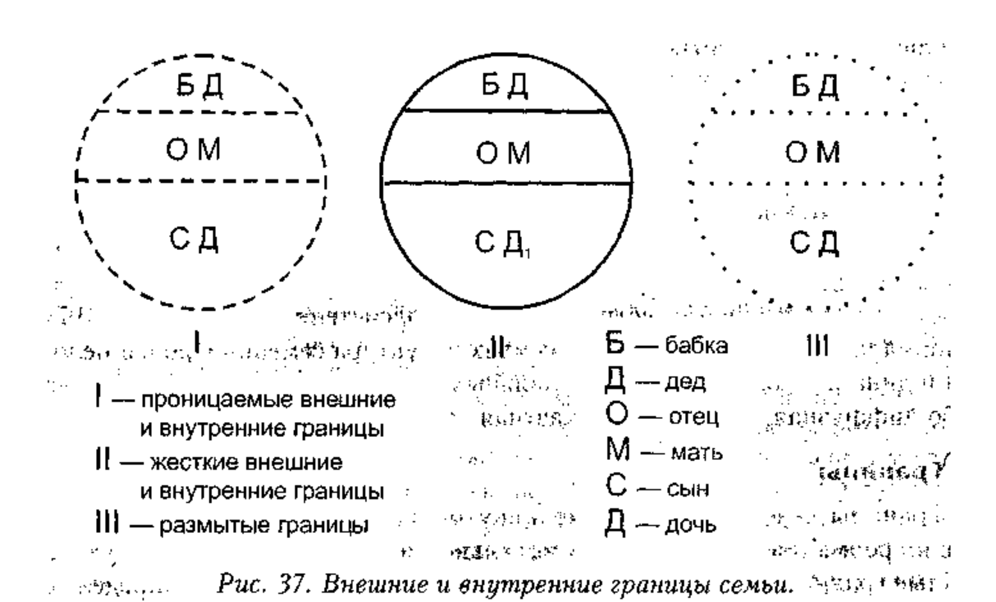


Рис. 37. Внешние и внутренние границы семьи.

своение детьми родительских функций («перевернутая иерархия»). Специалисту также важно определять границы между семьей и супрасистемой (физической, экономической, межличностной и экологической), в которой семья является составным элементом.

Концептуальное группирование понятий из психологии семьи и семейной психотерапии выявило три центральных понятия семейного поведения: сплоченность (солидарность, консолидация), адаптация (приспособляемость) и коммуникация. Эти три важнейших параметра были интегрированы в circumplex model («круговую модель») Д. Н. Олсоном (1985).

Автор акцентирует внимание на анализе двух основных параметров — семейной сплоченности и семейной адаптации.

Семейная сплоченность характеризует степень удаленности членов семьи друг от друга или наоборот, связанности с ней и подразумевает прежде всего эмоциональную связь (привязанность), испытываемую друг к другу членами семьи. В семейную сплоченность входят следующие параметры: эмоциональная связь, семейные границы, времяпровождение, друзья, поддержка и коалиции (мать-ребенок, мать-отец и т. д.), принятие решений, интересы и отдых (развлечения).

Семейная адаптация оценивается как способность семейной системы изменять, приспосабливать свою силовую (властную) структуру, ролевые отношения, нормы и правила. В рамках circumplex model различаются 4 уровня семейной сплоченности в пределах от экстремально низкого до экстремально высокого и соответственно называется: разобщенной (disengaged), разделенный (separeted), связанный (connected) и сцепленный (enmeshed).

Аналогично выделяется 4 уровня семейной адаптации от экстремально низкого до экстремально высокого и соответственно называются: ригидный (rigid), структурированный (structured),гибкий (flexible),хаотический (chaotic).

Существуют умеренные или сбалансированные уровни как семейной сплочености, так и семейной адаптации — именно они наиболее жизнеспосоны и характризуют успешное функционирование. Для семейной сплоченности этими двумя сбалансированными уровнями стали разделенный и связанный, а для семейной адаптации — гибкий и структурированный. Дисфункцию системы создают крайние варианты, которые чаще всего приводят к появлению «носителя симптома».

Если внешние границы слишком жесткие, то происходит мало обменов между семьей и окружением, наступает застой в системе. Если границы слишком размытые, то у членов семьи много связей с внешней средой и мало между собой. Экстремальные уровни обычно рассматривают как проблематичные

Построение семейного диагноза и психотерапевтических гипотез

При сборе анамнеза важно уделить внимание центростремительным или центробежным импульсам в семье. Центростремительная картина возникает в «ригидной системе», где «идентифицированный пациент» связан жесткими семейными границами. Положительное подкрепление чаще возникает

внутри системы, чем снаружи, а личностный рост и отделение члена семьи воспринимается с высокой степенью амбивалентности. При центробежных картинах пациент (часто ребенок) рано и настойчиво изгоняется из семьи. Система имеет нехватку внутренего сплочения и члены семьи ищут положительное подкрепление вне семьи. Очень важно выявить рано такие картины, так как это будет способствовать предупреждению болезней.

Далее необходимо выявить нарушения семейной коммуникации (внутри семьи и с внешним миром): взаимные нападки, критика, отвержение, клевета, неумение выслушивать друг друга, эмоциональное и физическое пренебрежение друг другом; отсутствие или избыток дисциплинарных техник.

Диагностировать искажения эмоциональных связей и интеракций между родителями, отсутствие или искажение родительской модели поведения, с которой ребенок (сознательно или бессознательно) идентифицируется.

Определить наличие дисфункциональных стилей совладания со стрессом (например, неадекватная агрессия или уход в болезнь), выделить наиболее часто используемые психологические защиты, стратегии совладания с трудностями (копинг-стратегии), когнитивные искажения (правила, установки).

Обратить внимание на наличие или отсутствие необходимых социальных навыков: исполнение семейных обязанностей, выражение положительных эмоций, ведение разговора, соблюдение правил проживания.

Получить информацию, объединяющую людей вместе. Кто первым заметил нарушение в семье? Кто больше всех беспокоился о возникшей проблеме? Какое из событий произвело наибольший эффект на семью?

Исследовать семейный треугольник. Вовлеченность в треугольники и взаимные пересечения могут передаваться из поколения в поколение. В случае семейных треугольников часто соединяются вертикальные и горизонтальные стрессоры в воздействии на «носителя симптома».

Какую функцию при стабилизации семьи выполняет симптом?

События изучаются в пределах того контекста, в котором они происходят, внимание при этом концентрируется на связях и взаимоотношениях, а не на каких-то отдельных характеристиках.

Поскольку главной целью психотерапевтической гипотезы является определение связей, то имеет чрезвычайно важное значение, каким образом накапливается информация.

При разработке системной гипотезы информация накапливается и интегрируется на трех различных уровнях: поведенческом, эмоциональном и когнитивном (что люди делают, чувствуют и мыслят)

Важно осознать, как все три уровня связаны между собой и поддерживают симптом. Общие гипотезы семейного функционирования должны быть циркулярными и включать в себя всех членов семьи. При этом симптом рассматривается как звено циркулярной последовательности, на котором семья застряла. Как один поступок связывается с другим, чтобы сохранялось равновесие в семье? Какие циклические поведенческие паттерны можно наблюдать в связи с симптомом в этой семье? Как все это соотносится со стадиями жизненного цикла семьи и семейной структурой? Как симптоматическое по-

ведение выглядит в контексте семейной истории, по крайней мере, трех поколений? Итогом является определение функций симптоматического поведения в ядерной и расширенной семейной системе, а также отношение к нему как к коммуникативной или структурной метафоре.

Исследовать семейные секреты. Когда мы исследуем сильные стрессовые события в семье, необходимо определить, нет ли избытка неотреагированных потерь и дисстрессов, а также — семейных секретов (табу).

Обнаружение семейных секретов требует от психотерапевта обладания определенными качествами: умение внимательно слушать и улавливать детали, выявлять болезненные темы у семьи и раскрывать их путем вопросов; способностью внедриться в конфликтный разговор, делать убеждающие логические умозаключения, менять стиль поведения (то быть серьезным, то использовать юмор) и применять другие приемы, которые смогут корригировать правила семьи. Важно предположить наличие секретов и найти безопасные пути их обнаружения.

Секрет — это информация, скрываемая от других людей. Многие семьи имеют секреты, к примеру, касающиеся добрачной беременности, суицида или алкоголизации родственника, криминальной деятельности деда и других событий. Клиническое значение секрета состоит в тайной власти его над каким-либо членом семьи или всей семьи в целом. Определенные секреты могут усилить уязвимость одного члена, смущение другого, спровоцировать на неблаговидный поступок из-за нежелания огласки. Роль секрета — стабилизировать или защищать семейную систему. Это не простая вещь — хранить информацию и не раскрывать ее. Значительное количество энергии идет на ограничение и поддержание секрета. Секреты чаще всего представлены на сознательном уровне, но могут быть и неосознанными. Хотя все члены семьи знают о секрете, сам секрет редко упоминается внутри системы.Наличие осознанного или неосознаваемого секрета вызывает у членов семьи хроническое переживание тревоги, которая в свою очередь компенсируется различными фантазиями, носящими защитный характер. К примеру, ребенок, от которого скрывают, кто его отец, может строить фантазии о том, что отец умер или является героем, выполняющим тайное задание.

Доступна ли семья, включая «носителя симптома», к изменениям?

После того как психотерапевт сформулировал гипотезу, следующим шагом является необходимость составить терапевтический контракт с семьей путем обсуждения условий прохождения психотерапии. Это осуществляется путем определения связи между симптомом и системой и постановки дилеммы изменений. Если симптом используется как секретное оружие в тайной борьбе или закрепляется в постоянно повторяющемся цикле взаимодействия, всякие попытки облегчить его, скорее всего, будут заранее обречены на неудачу. Психотерапевт в таком случае окажется в парадоксальном положении, когда семья будет просить его ликвидировать симптом у «идентифицированного пациента», но будет сопротивляться изменениям.

Задача семейной психотерапии состоит не только в избавлении от симптома, но и в определении «психологической цены» за его исчезновение.

Определить, какие члены семьи смогут сотрудничать с психотерапевтом, а кто будет сопротивляться изменениям и в каком объеме.

Выяснить влияние на семью других систем (школы, работы, ровесников, семей родственников).

Убедиться в способностях и возможностях (физических, психологических) психотерапевта для работы с этой семьей. Обратите внимание на ваш собственный эмоциональный ответ на внедрение в семейную систему. Есть ли ощущение закрытости, защищенности, диффузности или отсутствия границ. Эти реакции обычно дают ключи о внешних системных границах и предполагаемых стратегиях для дальнейшего вхождения в систему. Проверьте систему на ее относительную толерантность к отделению. Например, спрашивая пациента о его будущем или о женитьбе, наблюдайте за резонансом системы и каждой подсистемы в отдельности на подобное вмешательство.

По мере того, как члены семьи будут отвечать на эти вопросы, получат разъяснение и другие моменты, в частности, кому адресуется защита (опека, помощь) со стороны «носителя симптома», кто получает от симптома межличностную «выгоду» и каковы ее мотивы.В ходе этих вопросов перед психотерапевтом раскроется и система взаимодействий (циркулярная последовательность взаимодействий), принятая в семье, и коммуникативная метафора симптома или поведения.

Семейные мифы

Термин означает определенные защитные механизмы, используемые для поддержания единства в дисфункциональных семьях [Ferreira A. J., 1966]. Синонимами семейного мифа являются понятия «верования», «убеждения», «семейное кредо», «ролевые экспектации», «согласованная защита», «образ семьи, или образ мы», «наивная семейная психология» и др. [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 2001].

Семейный миф исследуется клиническим и экспериментально-психологическим методами в рамках психоаналитического понимания защитных механизмов, теории ролевого взаимодействия, когнитивной психологии и *когнитивно-поведенческой психотерапии.* Т. М. Мишина (1983) первой в СССР ввела понятие «образ семьи», или образ «мы», под которым имела в виду целостное, интегрированное образование — семейное самосознание. Одной из наиболее важных функций семейного самосознания является целостная регуляция поведения семьи, согласование позиций отдельных ее членов. Адекватный образ «мы» определяет стиль жизни семьи, в частности супружеские отношения, характер и правила индивидуального и группового поведения. Неадекватный образ «мы» — это согласованные селективные представления о характере взаимоотношений в дисфункциональных семьях, создающие для каждого члена семьи и семьи в целом наблюдаемый публичный образ — семейный миф. Цель такого мифа — закамуфлировать те неудовлетворенные потребности, конфликты, которые имеются у членов семьи, и согласовать некие идеализированные представления друг о друге. Для гармоничных семей харак-

терен согласованный образ «мы», для дисфункциональных — семейный миф [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 2001].

Под семейным мифом многие авторы понимают определенное неосознаваемое взаимное соглашение между членами семьи, функция которого состоит в том, чтобы препятствовать *осознанию* отвергаемых образов (представлений) о семье в целом и о каждом ее члене. Выделяются такие мифы, как «проекция», «отказ», «расщепление», некоторые когнитивные селективные сценарии, описанные в «наивной семейной психологии», определенного содержания семейные мифы, которые особенно часто встречаются в дисфункциональных семьях современной России [Мишина Т. М., 1983; Эйдемиллер Э. Г., 1994]. Механизм *психологической защиты* — «расщепление» — выступает в 2 формах. Первая встречается, когда супруги имеют сходные личностные проблемы. Прц этом «отвергаемые стороны» представлений о себе каждого из супругов проецируются ими за пределы семьи и солидарно не принимаются обоими супругами. Например, супруги с вытесняемыми сексуальными импульсами, испытывающие неосознаваемое беспокойство в связи со своими сексуальными потребностями, склонны создавать миф «мы чистые, идеальные люди», а других людей считать грязными, распущенными и распространять эту оценку на моральные устои всего общества. При второй форме расщепления речь идет о ситуации, когда один из супругов ищет в другом те качества индивида, которые бессознательно воспринимаются им как символ подавленных аспектов собственной личности. Суть взаимного запретного соглашения состоит в том, что каждый из партнеров неосознанно поддерживает в своем супруге проявление тех качеств, которые он как бы не признает в себе. Из-за этого вместо гармоничного согласия, в частности по вопросам сексуальной приемлемости, у одного из партнеров возникает стремление поощрять другого партнера на те формы поведения, которые он сам боится реализовать. В этой ситуации поиск путей к удовлетворению своих сексуальных потребностей сопровождается переживанием неуверенности, тревоги и вины.

Пример. Юноша испытывает интерес к оральному сексу, который сопровождается у него переживанием смущения или отвращения. Часто вербально он провоцирует свою девушку именно на такую форму половой близости, но после нее либо переживает свою вину, либо свою «грязь», либо пытается обвинить девушку в том, что это она «грязная» и виновата в таком сексе.

Когнитивные аспекты восприятия членами семьи, создание согласованных представлений о семейном функционировании, базирующихся на когнитивных семейных сценариях, с помощью которых поддерживается семейное единство, рассматриваются в рамках когнитивной психологии и когнитивно-поведенческой психотерапии [Ellis A., 1977, 1981]. Когнитивные семейные сценарии — довольно долго существующий, динамичный и резистентный к интерференции образец деятельности или реагирования у лиц в определенном семейном контексте. Он развивается сам благодаря дифференциации и интеграции уже имеющихся элементов (установок, предписаний и *убеждений,* эмоционально-поведенческих реакций и др.) и может быть актуализирован

по потребности при меняющемся характере взаимодействий двух индивидов, личности и требований, семьи и среды.

По Э. Г. Эйдемиллеру (1995), наиболее частыми в дисфункциональных семьях являются следующие семейные мифы: «Мы такая отличная семья, но другим не дано этого понять», «Он такой поганец (о своем ребенке), что не стоит нашей заботы», «Он очень чувствительный (ребенок, больной член семьи) и требует особого отношения; мы живем для него». Подобные семейные мифы, предъявляемые окружающим (учителям, знакомым, психотерапевту), предполагают и определенную структуру семейных ролей: «семья с кумиром», «семья с больным членом», «козел отпущения» и др. В основе этих мифов лежат неосознаваемые эмоции, определенным образом соединяющие членов семьи: вина, эмоциональное отвержение, страх перед ответственностью выступать в определенной семейной роли. Адекватный образ «мы» способствует целостной регуляции поведения членов (элементов) в динамичной системе семейного контекста, а неадекватный принимает форму семейного мифа, способствующую поддержанию дисфункциональных отношений в семье. В результате этого потребности ее членов в росте и изменении, в *самоактуализации* и кооперации оказываются неудовлетворенными, а семья в целом ригидно воспроизводит свой прошлый опыт, мало учитывая изменения в большой системе — обществе.

Приемы и техники семейной психотерапии

Этапы семейной психотерапии

Условно в семейной психотерапии выделяют следующие ее этапы: 1) объединение психотерапевта с семьей и присоединение его к предъявляемой ею структуре ролей; 2) формулирование терапевтического запроса; 3) реконструкция семейных отношений.

1-й этап. Присоединение заключается в способности психотерапевта установить контакт с каждым членом семьи для дальнейшего успешного лечения. Существует 3 типа присоединения по Минухину: поддержка, следование, подражание («мимесис»).

Поддержка заключается в сохранении семейной структуры и уважении семейных правил. Принято начинать опрос с главы семьи или инициатора обращения. Вовлекать первым в интервью пациента не всегда рекомендуется, так как он может воспринять это как еще одну «родительскую» попытку вторжения в его границы. Некоторые психотерапевты начинают опрос с менее вовлеченных членов семьи. Некоторые начинают встречу с рукопожатия со старшим мужчиной и поддерживают его тем, что говорят: «Вы пришли и это очень хорошо. Чувствуется, что Вам очень близки события семьи».Каждый должен получить шанс высказаться о проблеме. Позиция психотерапевта нейтральна на всех этапах и заключается в минимизации комментариев на прямые и непрямые сообщения и невербальное поведение. Различные приемы используются для снижения уровня стресса в семье, поддержки обвиняемого члена семьи, возможных гипотез проис-

хождения проблем. Для уменьшения уникальности симптоматики или нежелания семьи меняться часто используется прием «генерализации»: «В некоторых семьях типа Вашей...», «В подобных ситуациях в других семьях происходили следующие события...»

Следование относится к умению отражать содержание семейной коммуникации и особенности языка. Психотерапевт входит в семью как человек, поддерживающий ее правила, но заставляет правила работать в психотерапевтических целях для семьи.

Подражание («мимесис») состоит в воспроизведении психотерапевтом семейного стиля, эмоций, соответствующих потребностям семьи. Если в семье принято шутить, психотерапевт использует юмор. Если семья использует тактильные контакты, это может воспроизвести психотерапевт. Последний может присоединиться к изолированному отцу через сигарету или снимая галстук (если клиент пришел без него). Отражение часто происходит бессознательно.

2-й этап. Формулирование терапевтического запроса. Э. Г. Эйдемиллер (1996) разработал технологию формулирования терапевтического запроса в следующей последовательности: XR—>YR—>ZR. X — уровень манипулятивного запроса, когда родители говорят психотерапевту: «Мой ребенок плохой, сделайте его хорошим».Y — уровень осознания себя как неэффективных родителей: «Мы думали, что воспитываем ребенка абсолютно правильно, а понимать его не научились». Z — уровень осознавания своей некомпетентности как супругов: «Надо честно сказать друг другу, что мы давно забыли о своих чувствах друг к другу». R — ресурсные состояния отдельных ее членов и семьи как системы. На этапе формулирования терапевтического запроса важным является исследование целей, которые поставлены каждым членом семьи и которых они хотят достичь в ходе психотерапии.

3-й этап. Реконструкция осуществляется через техники, устраняющие дисфункциональность семейной системы, она также подразумевает изменение гомеостаза. Техника — это прием, посредством которого решается та или иная задача. Минухин сводит применение техник семейной психотерапии к решению трех основных задач: критике симптома, критике семейной структуры и критике семейной реальности (установки, правила, законы, секреты, мифы и т. д.). Это деление, на наш взгляд, условно. Остановимся на наиболее часто используемых техниках семейной психотерапии.

Изменения в структуре семьи

Основной гипотезой здесь является то, что дисфункциональная структура семьи поддерживает девиацию поведения у ребенка. Эта группа техник направлена на изменение иерархических отношений членов семьи через изменение существующего распределения влияния внутри семейной системы. Остановимся на вариантах применения данной методики [Минухин С, ФишманЧ., 1998].

Проблема, с которой приходит семья, подвергается сомнению. Психотерапевт подвергает сомнению точку зрения семьи о том, что существует лишь один определенный идентифицированный пациент. Он наблюдает, как

действуют члены семьи и как устроена семейная система. Занимая иерархическую позицию эксперта, психотерапевт может сообщить: «я хочу поделиться своим наблюдением о том, что семейная проблема не замыкается на ребенке. Мать принимает большие дозы корвалола, когда волнуется. Отец год назад перенес инфаркт миокарда, так как всю жизнь привык носить все переживания в себе». В ответ на это отец взрывается: «Психотерапевт прав. Ты, мать, имеешь целые залежи лекарств и своим беспокойством доводишь нас порой до бешенства».

Идентифицированный пациент может быть представлен и как «спаситель семьи», так как концентрация на нем внимания отвлекает членов семьи от иных проблем, например, длительного супружеского конфликта.

Сомнение в контроле. Психотерапевт сомневается в том, что один из членов семьи в состоянии контролировать всю семейную систему. Например, психотерапевт характеризует поведение одного члена семьи и возлагает ответственность за него на других. Обращаясь к ребенку, он говорит: «Ты все еще пребываешь в начальной школе» — и, повернувшись к родителям, спрашивает: «Как вы думаете, если продолжать его будить по утрам, готовить для него завтрак, стирать, ходить в магазины, сможет ли он стать взрослым?». Психотерапевт одновременно присоединяется к «идентифицированному пациенту» и атакует его поведение. При этом «идентифицированный пациент» не сопротивляется критике, так как ответственность за такое поведение возложена на родителей.

Сомнение во временной последовательности событий, которую предъявляет семья. Психотерапевт подвергает сомнению последовательность событий в семье, расширяя временную перспективу и, таким образом, рассматривая поведение индивида как часть циркулярной последовательности взаимоотношений, сложившихся в системе. Он дает возможность увидеть семье стереотипы коммуникаций, а не действия отдельного индивида. Психотерапевт может подчеркивать, что общение членов семьи подчиняется правилам, которые относятся не к отдельным индивидам, а к системе в целом. Например, в семье с запутанными границами подсистем и хаотическим управлением в ситуации, как только ребенок совершает кражу, мать звонит разведенному супругу и старшему сыну, играющему роль заменителя отца, пытается поговорить с ним сама. Приезжает отец. Супруги обсуждают, что делать с сыном. Отец пытается узнать, что заставляет его так поступать, ругает его. Приходит из института старший брат — бьет младшего брата. Последний обещает больше так не поступать. Супруги спорят о судьбе совместной дачи. Все постепенно начинают заниматься своими делами. Через 2 недели младший сын вновь ворует деньги. Обрисовав сложившуюся ситуацию, психотерапевт предлагает подумать, как разорвать сложившийся стереотип.

Определение границ

Все вербальные и невербальные признаки нарушения границ между подсистемами, выявляемые на занятии, служат сигналом для психотерапевта, что необходима работа по демаркации границ в семье. Родительская подси-

стема должна быть защищена от вмешательства детей, а также от других взрослых внутри и вне семьи. Иной раз возникала ситуация, когда ребенок был уверен, что он отвечает за действия одного из родителей, и пытался контролировать его во всем. «Расчерчивание границ» может начинаться с вопроса, кто за что отвечает или почему у других членов семьи нет подобной проблемы. В ходе психотерапии члены семьи должны определить собственные персональные границы и разделить ответственность за их поддержание. Например, в семье с размытыми границами психотерапевт будет стимулировать прочерчивание границ между подсистемами и увеличение областей личной независости, уважая при этом их высокую потребность в эмоциональной привязанности.

Следует помнить, что некоторые семьи будут противиться любой форме проявления самостоятельности детей, так как будут опасаться остаться один на один с супружескими проблемами. В работе с семьями с нарушенными границами важно ставить скромные, конкретные задачи, стремиться снижать тревогу до устраивающего всех уровня, предотвращая крайности в решениях и помогая семье меняться постепенно.

Психотерапевтический контракт

Целью этого приема является установление и закрепление, обычно в письменной форме, взаимного соглашения всех «договаривающихся сторон» на проведение конкретной работы. В контракте обговаривается ответственность каждой стороны, цели и задачи. Необходимо четкое и детальное описание целевого поведения партнеров, заключающих контракт, установление критериев достижения целей (временной, количественный и т. д.), описание позитивных и негативных последствий в случае выполнения или невыполнения условий контракта, определение специфики условий для каждого партнера. Согласно оперантному научению позитивные подкрепления должны следовать независимо от контракта. Первые контракты должны содержать быстрые и легко достижимые цели (принцип «маленьких шагов»). Контракт и цель рекомендуется формулировать в позитивных терминах. Как психотерапевтический прием, он может использоваться на занятии. Например, можно предложить двум членам семьи общаться только через психотерапевта для достижения взаимоудовлетворяющих целей.

Эксперимент

Эксперимент возникает в каждой сессии, так как психотерапевт присоединяется к системе и чувствует ее давление. Все психотерапевтические техники определяют упругость семьи и способность к изменениям. В результате использования этого приема предполагаются изменения семейного гомеостаза. Например, вовлеченную в проблемы сына мать «отключают» от него и дают задания провести вечер вместе с мужем вне дома или съездить с другим членом семьи в гости на несколько дней.

В процессе проведения эксперимента могут возникнуть изменения гомеостаза и последующее напряжение. Иллюстрацией к этому выводу служит

отказ от сотрудничества находящейся в сильно напряженном состоянии матери, что может еще больше дезорганизовать семью. Об этом следует помнить психотерапевту и заранее узнать, что может произойти в семье в случае исчезновения «симптома». Если не предупредить о возможном кризисе, семья может также прекратить лечение.

Социометрические приемы и техники

Сама рассадка членов семьи уже многое говорит об альянсах, коалициях, лидерах и отверженных. Изменение рассадки меняет границы семьи. Попросив 2 членов семьи, которые не общаются друг с другом, сесть рядом или друг напротив друга, используя приемы «семейная скульптура», «семейный танец», психотерапевт проясняет скрытые конфликты и дает возможность отреагировать эмоции.

Основным преимуществом социометрических приемов является следующее. Клиенту легче бывает показать суть конфликта, чем рассказать о нем. Когда ролевые позиции членов семьи символически изображены, появляются различные возможности для взаимодействия и соприкосновения с чувствами.

Психоскульптурирование

Психоскульптурирование, пришедшее из аналитической психодрамы, издавна применяется в системной семейной психотерапии, позволяя без излишних слов, наглядно выйти на системную гипотезу, изобразив отношения в семье в виде скульптур. Акцент делается на считывании информации с невербального поведения. Приведем иллюстрацию использования этой методики в нашей практике.

Пример. «Идентифицированный пациент», Таня, 18 лет. Диагноз: героиновая наркомания. На одном из занятий, используя социометрический прием «семейная скульптура», расположила членов своей семьи в пространстве, стоящими к ней спиной, когда у нее нет проблем, и повернувшимися к ней лицом и протянувшими руки, когда у нее рецидив наркомании. Благодаря этой технике удалось быстро выяснить правило дисфункциональной семьи: «Мы объединяемся только в болезни и горе» — и перейти к реконструкции семейных отношений.

Изменение характера коммуникации в семье

При исследовании коммуникаций в семье большинство исследователей рекомендует сосредоточить свое внимание на том, как рассаживаются члены семьи. Рассадка отражает стиль коммуникаций.

С точки зрения коммуникативного подхода симптоматическое поведение является частью последовательностей взаимоотношений между людьми. Изменение повторяющихся ригидных последовательностей, поддерживающих существующую проблему, является важной целью психотерапии. «Определена ли проблема как фобия, депрессия, отреагирование действием, неуправляемый характер или как-нибудь еще, такая коммуникация является функцией внутри системы и представляет собой негласные контракты между людь-

ми» [Haley J., 1978]. Клиенты на психотерапевтическом приеме часто демонстрируют картины отношений между членами семьи. Иногда их просят воспроизвести фрагмент диалога или спора, а не описывать,их. Разыгрывание семейных ролей, особенно с их переменой, на психотерапевтическом сеансе также облегчает диагностику коммуникативного стиля. Если каждый член семьи научится смотреть на проблему глазами другого члена, видеть и чувствовать проблему из позиции другого — цель достигнута. Проигрывание уменьшает ряд психологических защит, например, интеллектуализацию, и дает возможность заменить однообразие интервью на активность и действие. Часто используемой техникой для улучшения коммуникативного стиля является методика «конструктивного спора» по С. Кратохвилу [Эйдемиллер Э. Г., ЮстицкисВ., 2001].

Пример. В случае выраженного конфликта между супругами психотерапевт применяет такой прием — просит одного из супругов определить цвет бумаги, лежащей на столе (лист бумаги, сложенный домиком; одна сторона зеленая, а другая — белая). Другой член семьи наблюдает за спорщиками: «Зеленый... белый...» Психотерапевт спрашивает: «В чем дело?» — «Они не интересуются друг другом».

Предоставление заданий

Задания могут быть даны во время психотерапевтического занятия или для выполнения дома.

В семейной психотерапии они еще называются директивами. Существуют прямые и пародоксальные директивы. Если обсудить какую-либо проблему в присутствии психотерапевта или попросить главу семьи помолчать 5 минут, а малоразговорчивого члена семьи рассказать о той или иной проблеме, то это может быстро привести к позитивным сдвигам за счет создания равенства позиций. Отцу, отказывающемуся от поездки, можно рекомендовать осуществить ее. Сыну, который чаще общается с матерью, предложить совместную деятельность с отцом. Родителям, давно нигде не проводившим время вдвоем, предложить сходить в театр или на концерт. Мужу — сделать сюрприз жене, не сообщая ей об этом. Любой совместный эксперимент может оказаться полезным. Психотерапевт прямо не работает с симптомом. Если симптом другого члена семьи исчезает прежде, чем у «идентифицированного пациента», семья может прекратить лечение. Симптом может быть усилен с помощью парадоксальных приемов для лучшего осознания членами семьи о его необходимости. Так, в случае алкоголизма мужа, жене, которая все годы супружества контролировала мужа, предлагается вести независимый образ жизни (например, поехать одной в туристическую поездку).

Вызов семейной реальности

Согласно одному из системных правил, люди, тесно общающиеся друг с другом, создают определенные правила, законы, схемы. Современные нарративные психотерапевты нашли для этого явления термин «дискурс».

Дискурс — исторически, социально и культурально возникшая специфическая структура убеждений, терминов, категорий и установок, которые влияют на отношения.

Синонимом этого понятия является схема — когнитивная репрезентация прошлого опыта, негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления. В силу такой важности схем основной задачей психотерапевта является помочь клиентам в понимании того, как они истолковывают реальность.

Поведение клиента с одной стороны, и его мысли, чувства, психологические процессы и их следствия — с другой — оказывают друг на друга взаимное влияние. Когнитивные теории гласят, что когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптированного поведения. Мысли клиента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства — на мысли. Мыслительные процессы и эмоции рассматриваются как две стороны одной медали. Мыслительные процессы — лишь звено, часто даже не основное — звено в цепи причин.

Когнитивные искажения у членов семьи являются ключами доступа в работе со схемой.

Цель психотерапии — помочь пациенту выявить различные дисфункциональные правила, по которым он живет. Можно выделить несколько направлений работы. Первое из них — это замена схемы. Если сравнить со сломанным велосипедом, у которого колесо вышло из строя, то это замена его на новое. Данное направление — сложная задача для пациентов, так как требует много времени, и лишь немногие из них мотивированы на длительную работу. Другая возможность — модификация схемы. Она включает небольшие изменения в поведенческом репертуаре. Если сравнить это со сломанным велосипедом, то существует возможность оставить старое колесо, но заменить подшипники, затем ось и т. д. В этом случае необходим достаточный контакт с микросоциальным окружением, поддерживающим дисфункциональную схему.

И, наконец, третье направление — реинтерпретация схемы. Она включает в себя помощь пациенту в понимании и обретении нового взглядя на свои установки. Психотерапевт совместно с клиентом ищет новые пути взаимодействия с окружающим миром.

Работа с семейной историей (семейной темой)

В современной литературе по семейной психотерапии семейная история и семейная тема являются синонимами. Под словом «тема» подразумевается специфическая, несущая эмоциональную нагрузку проблема, вокруг которой формируется периодически повторяющийся конфликт. Поведенческий цикл в каждой семье управляется системой убеждений, установок, ожиданий, предубеждений, взглядов, привнесенных в центральное ядро семьи каждым из родителей из той семьи, где они воспитывались. Психотерапевту рекомендуется собрать информацию о семьях, где воспитывался каждый из родителей, поскольку именно здесь берут начало убеждения, восприятия и жизненные

позиции, Историческая перспектива расширенной семьи часто проливает свет на текущую проблему. Очень часто родители говорят, что до подросткового возраста проблем с ребенком не было. Когда психотерапевт начинает собирать анамнез, то убеждается, что проблема возникла задолго до рождения ребенка. Искажения контекста трех поколений проливают свет на формирование симптома.

Пример. «Идентифицированный пациент» Евгений Е., 16 лет. Жалобы на воровство денег из дома, манкирование учебой, страсть к компьютерным играм. Дед по линии отца не имел высшего образования, основной его ценностью было заработать деньги и их накопить. Его лозунгом были слова: «Без денег ты ничтожество». Отец Евгения хорошо зарабатывал, но в последние два года пропивает деньги. Мать вынуждена зарабатывать деньги, содержать мужа, который по отношению к ней ведет себя агрессивно, и ограничивать в карманных деньгах Евгения. Накануне Нового года отец в алкогольном опьянении разбил компьютер сына. Мать отказывается разводиться с мужем, ссылаясь на привычку: «Я буду халтурить, но прокормлю всех». Мотивом воровства было получение удовольствия, так как в семье у юноши преобладали сплошные отрицательные эмоции, его личность воспринималась только через призму учебы. Бабка по линии матери имеет трехкомнатную квартиру, но не хочет временно разрешить внуку пожить с ней, содержит квартирантов. Евгений своим поведением как бы разрушает идеализацию и «озвучивает» ведущую тему семьи: «деньги» в трех поколениях по обеим линиям.

Получение информации о семейной истории помогает «приоткрыть» семейную систему и получить доступ к семейным мифам и секретам. Кроме того, работа с семейной историей дает большие возможности для смены взглядов членов семьи на собственные проблемы и симптомы.

В этом подходе симптом — суть манифестация ведущей темы. Темы определяют способы организации жизненных событий. Поскольку в каждой семье имеется множество таких тем, психотерапевт старается обнаружить ту, что имеет непосредственное отношение к симптому, и расширить их узкий репертуар коммуникаций в ответ на симптом. Психотерапевт, использующий ведущую тему в дискуссии с семьей, помогает снять ее членам фиксацию на симптомах. Этот подход позволяет установить сотрудничество, предпринять совместные усилия по изучению и изменению тем. Однажды поднятая тема в психотерапии дает возможность членам семьи увидеть их симптомы в совсем другом свете, расширяя их выбор и стратегии поведения.

Пример. Семейное консультирование, проведенное на территории клиента. Обратилась мать по поводу нарушенного поведения девушки.

Участники семейной сессии.

Анна, мать, 40 лет, преуспевающий юрист.

Зинаида Петровна, бабка 70 лет. Энергичная женщина, ничем не болеет. Ее лозунг жизни: «Мы не любим лентяеев, все должны крутиться», тем не менее всю работу по дому берет на себя.

Юрий Павлович, 70 лет, дед. Злоупотреблял алкоголем. Никогда не перечил жене. На встрече отсутствовал, тихо сидел в своей комнате.

Алексей, 20 лет, студент технического университета. Скромный юноша. В 16 лет были проблемы с едой. Ограничивал себя в мясе, придерживаясь мнения, что излишнее потребление животного белка отрицательно сказывается на развитии личности.

Наталья, 17 лет, студентка юрфака, «идентифицированный пациент».

Максим, 11 лет, младший брат. Любит вкусно поесть. Во время интервью прятался в шкафу.

Отец погиб в автомобильной катастрофе, когда девочке было 11 лет. Девочка любит ходить на кладбище к отцу, особенно одна и без родственников. Через 2 года после смерти первого мужа мать повторно вышла замуж и проживает уже 5 лет в семье второго мужа, где у него от первого брака остались мальчики-близнецы. Анна занимается их воспитанием. Ее родные дети продолжают жить с бабкой и дедом.

Наталья родилась недоношенной 8 месяцев, роды со стимуляцией. Закричала сразу. Поздно начала говорить. По характеру была «дикой». В детском саду предпочитала играть в одиночестве с куклой. В 6 лет переведена в логопедическую группу. В школе проявила себя старательной, была одной из лучших учениц. В 8 классе занималась психологией, Хотела поступать в театральный институт, но мать ее уговорила пойти на юридический факультет, так как она могла «помочь».

В возрасте 16 лет начала долго мыться. Быстро съедала купленную еду. Стала общительной, разговорчивой. Наблюдался прилив энергии по ночам. Спустя полгода избегала ходить на кухню, так как не нравилась бабушка со вставными челюстями. Ограничения в еде наростали, и летом 1998 г. из-за алиментарного истощения упала в обморок. Была госпитализирована в соматическое отделение, где впервые прозвучал диагноз «анорексия». Лабораторное исследование мочи указало на наличие кетоновых соединений. Месячные отсутствуют с июня 1998 г. После выписки из больницы было плохое настроение, предпочитала лежать дома. Консультирована психиатром. Назначено лечение антидепрессантами с частичным положительным результатом. С неохотой ходила на занятия. Ограничения в еде продолжались. Было рекомендовано обратиться к семейному психотерапевту.

Девочка вначале отказалась участвовать в сессии, подслушивала под дверью. Убедившись, что беседа идет интересно и ей никто и ничем не угрожает и не заставляет ее делать что-либо против собственной воли, вошла в комнату и подключилась к дискуссии. Она застала период интервью с бабкой и старшим внуком. Когда приходили ребята в гости к ее внукам, бабка всегда несла им чай, не спрашивая о потребности в нем. Могла войти в комнату к старшему внуку в 1 час ночи и выключить телевизор, мотивируя тем, что очень поздно и смотреть телевизор — вредно. В возрасте 16 лет у Алексея был период, когда он соблюдал различные диеты по рекомендации приятелей. К концу сеанса Наталья в резкой форме высказала бабке накопившееся раздражение: «Ты как надзиратель в тюрьме!».

Бабка хладнокровно приняла критику, сообщив, что так привыкла жить. Не испытывая денежных затруднений в период кризиса, постоянно волнуется за близких. Сказала, что во время блокады потеряла своих родителей (они умерли от голода), и с тех пор всегда делала в доме запасы, старалась прежде всего накормить детей и внуков.

Мать избегала открытой конфронтации, улыбалась.

В данной семье появление «идентифицированного пациента» с нарушением пищевого поведения отражало основную тему семьи, связанную с питанием, привнесенную в семейную систему прародителем.

В тренинге родительской компетентности мы предлагаем родителям подумать о значимой теме из их собственной семьи, которая повлияла на их жизнь и в парах обсудить следующие вопросы.

1. Какими способами эта тема влияет на ваши установки, поведение, взаимоотношения с другими?
2. Как разные члены семьи реагировали на эти темы? Каким способом?
3. Как тема препятствовала или способствовала улучшению вашей жизни? или членов других семей?
4. Кто из членов семьи боролся за изменение темы или ее прекращение?
5. Будет ли эта тема существовать у ваших детей? Как вы это осуществляете?
6. Если вы хотите сменить «пластинку», то с чего вы начнете?
7. Чем будет отличаться ваша жизнь, если вы измените тему?
8. Чем будут отличаться последующие поколения при смене темы?

Это упражнение проясняет работу с темой. Интерес к историческому происхождению темы, эмпатия к опыту предыдущих поколений, вовлеченность в изменение темы или сохранение сценария наглядно высвечивает и проблему «идентифицированного пациента».

Описательно-образные, эмотивные приемы

Одной из техник семейной психотерапии является работа с метафорами. В семейной психотерапии они рассматриваются как мельчайшие единицы описательно-образного способа мышления, позволяя ослабить психологические защиты и способствовать раскрытию внутреннего мира клиента.

«...Метафора — скрытые образные сравнения, уподобление одного предмета, явления другому...» [Ожегов С. И., Шведова Н. Ю., 2002].

Метафора включает любую открытую или скрытую семейную коммуникацию, в которой одно явление связано с другим. Жест, прикосновение, рисунок, скульптура и язык могут иметь «метафорический оттенок». Следующий методический подход рекомендуется в работе с метафорой клиента.

1. Слушание или регистрация метафоры. Для ее выявления психотерапевту необходимо отказываться от привычки интерпретировать события и тщательнее прислушиваться к словам клиента, обращая внимание на сопутствующее невербальное поведение.

2. Подтверждение метафоры. Зарегистрировав появление метафоры, психотерапевт должен ее подтвердить. Психотерапевт может высказать удивление по поводу появления метафоры или поблагодарить семью за живость их языка и ждать ответной реакции. Например, ребенок 8 лет нарисовал самолет, сбрасывающий бомбы на дом, и согласился, чтобы его рисунок обсудили с родителями. Началось обсуждение визуальной метафоры. Дискуссия о «бомбометании» с членами семьи в дальнейшем позволила осознать родителям степень эмоционального вовлечения ребенка в их конфликт и распла-

ту за него невротической симптоматикой. Безоценочность и образность такого способа мышления приводит к достижению большего эмоционального контакта с семьей, чем, например, одностороннее использование «циркулярного метода опроса».

3. Расшифровка значения метафоры. Задача этой стадии не только отразить значение метафоры, но выяснить, что она может выражать. В этом помогает дискуссия.

4. «Игра с возможностями». Что возможно для самолета, то возможно и для личности. Создается атмосфера понимания и юмора. Если ребенок впоследствии сможет выразить агрессию родителям в приемлемой форме, то нет необходимости расплачиваться за сдерживание эмоций психическими расстройствами.

Пример. Марина А., 15 лет.

Обратилась мать с жалобами на ухудшение взаимоотношений с дочерью, конфликты в школе, изменения поведения.

Анамнез: наследственность нервно-психическими расстройствами не отягощена. Семья полная. Мать по профессии — диспетчер, отец — водитель. Старшая сестра — студентка.

Родилась от 3-й нормально протекавшей беременности, 2-х срочных родов. Раннее психомоторное развитие по возрасту. Фразовая речь к 3 годам. На первом году жизни перенесла острую вирусную инфекцию, осложнившуюся пневмонией и инфекцией мочевыводящих путей. В 1,5 года пошла в ясли, адаптировалась плохо, часто болела ОРВИ. С 4 лет начала посещать детский сад, привыкла достаточно быстро. С 6,5 лет поступила в «О» класс, проявила себя общительной, хорошо училась, одновременно посещала хор и кружок рисования (до 5-го класса). До школы, со слов матери, была маленьким «бесенком», которого хвалили и поощряли постоянно. С первого класса лидерские качества активность, «живость» сменились на замкнутость.

Выявлены сопутствующие соматические заболевания. Наблюдалась у нефролога с диагнозом хронический первичный пиелонефрит, у гастроэнтеролога — по поводу гастродуоденита. В И лет обратились к невропатологу с жалобами на страхи: «мерещились чертики в окне». Окружающим казалось, что девочка больше уходит в себя. Начала вести дневник, делала записи: «надоело дома», «никого не люблю». Затем его порвала. В январе 1996г. стала вроде бы вновь прежней — «всех люблю», взаимоотношения с окружающими улучшились. Из-за частых пропусков в школе по причине соматических заболеваний не складывались отношения в классе, в том числе и с учителями. Пришлось сменить школу, в сентябре 1996 г. пошла в новый класс. Накануне весной обратились в кризисную службу в связи с конфликтами в школе. К лету 1996 г. к вышеуказанным симптомам добавились головные боли.

С осени в новом классе отношения складывались еще более сложно: подвергалась насмешкам и избиениям. Одноклассница, подруга, с которой ездили в школу, пересела за другую парту. Об этом родителям не рассказывала. Стала прогуливать уроки. Нашла себе компанию вне дома. Из-за отказов от еды была госпитализирована в детскую психиатрическую больницу, после выписки получала поддерживающее лечение эглонилом. Врач рекомендовал пройти психотерапию.

На сеансе семейной психотерапии родители продемонстрировали следующие модели взаимодействия: некоторая отстраненность отца, позволяющая «женщинам обсуждать свои вопросы», при его искреннем внимании и опеке. Мать (невербально) проявляла отвержение поддержки и любви мужа. Она взяла на себя роль переводчика между отцом и дочерью, хотя на сеансе проявился контакт отца и дочери, их взаимопонимание. Выяснилось, что в семье говорилось о Лене как об умненькой, а Марина нередко игнорировалась.

После семейной сессии Марина отреагировала повышением температуры тела до 37,1 °С. Было предложено включиться в психотерапевтическую группу с дальнейшей индивидуальной психотерапией и работой с семьей. Наибольшую мотивацию на участие в такой форме работы проявила мать, однако заболела перед началом занятий тренинга родительской компетентности.

На этапе подготовки к групповой психотерапии начата индивидуальная психотерапия Марины. Адекватна в контакте, инициативу не проявляет, о своем состоянии говорит, употребляя слова «возможно», «может быть», «наверное», в оценках соглашается с матерью. При первом контакте вздыхает, закатывает глаза, прикрывает их. Голос с придыханием, монотонен, интонации не меняются, когда говорит об отрицательном либо положительном эмоциональном опыте. Менструации регулярные. Проведено 4 индивидуальных сеанса психотерапии с девочкой. Стала более открытой, много говорила о себе, взаимоотношениях с мальчиками, подругами. Принесла стихи, в которых писала об «измене и боли». Не может понять, отчего так складывались отношения с ребятами, подругами. Интересовалась интимными, сексуальными темами. Говорит об опеке матери, которая «достает» и не понимает.

Динамическое наблюдение в процессе психотерапевтической группы. Свою проблему определила как желание разобраться в себе, научиться понимать проблемы взрослых, так как страдают отношения с родителями. В невербальных упражнениях старалась ограничить телесный контакт. В группе испытывала напряжение, прикрывала глаза, говорила тихим, несколько монотонным голосом. С удовольствием играла в фанты. В ролевой проективной игре «Магазин подержанных игрушек» назвалась «черной кошкой, злой и кусачей как собака, которую приволокла сюда злая старуха, кормившая ребенка одной овсянкой. Раньше я была человеком, а теперь в этом образе скрываюсь от ужасных людей, которые предают, обижают. И пока так будет, буду черной кошкой. Во всем рассчитываю на себя. Тут тоже могут покусать».

Сообщила о схожести своих проблем с проблемами других ребят (агрессия, насилие, взаимоотношения с отцом). «Чем лучше будут отношения с отцом, тем лучше и с ребятами. Мой отец хотел сына и этого не скрывал. Говорит, что я сильная, но мою сестру любит больше, так как она слабая».

При анализе чувств ребята и психотерапевты обнаружили, что она неосознанно выполняет волю матери. Приводим реплику одного из участников группы: «Это как у меня. Мать боялась наркотиков — я их употреблял. Оберегала от венерических болезней — болел сифилисом. Сказала, что по мне тюряга плачет — месяц сидел в «предвариловке»

На одном из занятий, обсуждая конфликтные отношения с матерью, сообщила: «Мать привыкла всеми командовать, подавила отца, старшую сестру. Отец в Новый год шампанское может выпить только с разрешения матери. Меня грозится упечь в дурдом. Раньше до моего повзросления у нас были очень близкие отношения. Теперь каждый день звучит: «Я в твоем возрасте подумать о парне не могла...» — и постоянная слежка. Из сказочных персо-

нажей сравнила себя с «Белоснежкой». Взяв эту ассоциацию за метафору и работая с ней, удалось выяснить, что ее отношения с матерью напоминают конфликт мачехи и Белоснежки из одноименной сказки (мотив — зависть стареющей женщины к молодости и сексуальности). «У меня в моей комнате до сих пор остались обои, на которых нарисована Белоснежка. Только в этом году я их заклеила плакатами с изображением рок-групп!». Указанный пример свидетельствует о том, что своевременное обнаружение метафоры и работа с ней позволили быстрее выйти на разрешение конфликтной ситуации. В данном примере обратить внимание на конфликтные отношения в семье Марины помогли участники группы.

АНАЛИТИКО-СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В иерархии профессиональных трудностей, встречающихся на пути психотерапевта, семейная психотерапия занимает самое высокое место. Это связано с тем, что, во-первых, каждая семья является уникальным живым организмом, вследствие чего опознать эту уникальность у психотерапевта может не хватить ни жизненного опыта, ни профессиональных умений; во-вторых, семьи приходят такими, какие они есть. Ситуации, возникающие в процессе семейной психотерапии, часто стимулируют у психотерапевтов сильные и плохо контролируемые противопереносы. Совладание с ними зависит от успешности профессиональной подготовки, в частности, в значительной степени от личной психотерапии. Защищаясь, психотерапевт лишен возможности сказать какому-либо члену семьи, чтобы тот больше не приходил на сеансы, потому что своим поведением дезорганизует семью. Эта же ситуация многократно повторяется при отборе пациентов в групповую психотерапию. Психотерапевт может сказать, что «Вам не показана групповая психотерапия» и предложить клиенту другой метод лечения. Если случается, что семейный психотерапевт кого-то изгоняет из семейной психотерапии с целью «облегчения процесса психотерапии», то это означает грубейшее вмешательство в систему семейных отношений и взаимодействий, вследствие чего семья рано или поздно перестанет сотрудничать с психотерапевтом.

Теоретические аспекты

Аналитико-системная семейная психотерапия, разработанная нами, представляет собой сочетанное исследование содержания и формы переживаний в процессе психотерапии. Базисными концептами этой психотерапии являются психоанализ и общая теория систем, а также нарративный подход.

Исследование межличностных взаимодействий в ситуации «здесь и сейчас» дополняет исследование внутриличностного пространства «идентифицированного пациента» и других членов семьи в ситуации «там и тогда», а оно в свою очередь дополняет и обобщает первое [Эйдемиллер Э. Г., 2001].

При классической системной семейной психотерапии психотерапевт занимается исследованием характера и последовательности взаимодействий членов семьи, корригируя эти взаимодействия; семья обретает новый «статус-кво», при котором симптомы или симптоматическое поведение исчезают. Можно сказать, что системные психотерапевты работают с формой. В свою очередь психоаналитик работает с содержанием и формой. Выслушивая спонтанные ассоциации или рассказы о сновидениях, психоаналитик угадывает форму и содержание наиболее предпочтительных эмоционально-поведенческих реакций, связанных с фрустрациями на более ранних этапах онтогенеза, регрессиях, фиксациях, катексисе.

Вслед за М. Сельвини-Палаццоли аналитико-системные психотерапевты придерживаются в своей работе следующих принципов:

1) выдвижение психотерапевтических гипотез;

2) принцип циркулярности;

3) нейтральность;

4) позитивное истолкование симптомов или проблем клиента и его семьи [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2001].

Отдельно следует остановиться на принципе цирку лярности, которую мы понимаем как в этиопатогенетическом смысле («принцип круговой причинности» Марио Андольфи), так и в практическом, когда участников психотерапии опрашивают по кругу. Если участник, к примеру, говорит: «Когда моя мать хмурится, у меня падает настроение», то психотерапевт спрашивает у других членов семьи: «Что вы чувствуете, когда мать хмурится? А вы сами, мама?». Осуществляя круговой опрос, мы не только выявляем особенности взаимоотношений членов семьи, и, соответственно, позволяем им осознать это, но мы также позволяем себе задавать вопросы участникам о том, как они себя чувствуют, какие появляются ассоциации, воспоминания. Во время такой беседы одна из участников может вспомнить эпизод из своей жизни и рассказать о нем. У других участников может также появиться желание поделиться своими воспоминаниями и окажется, что независимо от содержания историй, они изоморфны как по форме, так и, как это ни удивительно, по содержанию и выразят, таким образом, общую матрицу бессознательных переживаний участников на этом сеансе.

Основополагающим принципом работы с семьями мы считаем исследование материала семьи сочетанно в ситуациях «здесь и сейчас» и «там и тогда».

Натан Аккерман (2002) в своей работе с семьями показал несомненную близость психоанализа и системного подхода. Именно поэтому мы отважились на создание модели аналитико-системной семейной психотерапии. С нашей точки зрения, в условиях современной России, особенностей ее национального и культурного контекстов, клиенты легче и с большим доверием воспринимают психотерапию, которая внешне напоминает собой «разговоры» (нарративная модель).

Здесь уместно дать определение семейной психотерапии, основанное на нарративном подходе: семейная психотерапия — это переговоры членов семьи на их языке с участием и при помощи психотерапевта, выступающего

в роли переводчика, посредника и инициатора изменений, с целью оптимизации семейного функционирования. В этих обычных «разговорах» поведение аналитико-системного психотерапевта, доверительно поддерживающее, чувствующего и задающего лишь те вопросы, которые позволяют клиентам соприкоснуться с искаженным контекстом семейных отношений. Метафорой, которая отражает суть и форму сообщений клиентов, является «скомканное письмо», в котором есть частично размытый, запачканный (возможно, слезами, возможно, комками грязи) текст, отражающий переживания по поводу разных, часто забытых или полузабытых событий и отношений в прошлом. Задача психотерапевта(тов) — помочь клиенту (там) как можно полнее расправить это послание, восстановить полностью все, что было записано в нем в течение жизни, с полным осмыслением и вчувствованием в прочитываемое. Ознакомившись с содержанием своего «письма», клиент может соприкоснуться с тем, какие еще слова он хочет написать в нем и попытаться сформулировать образ своего будущего.

Основные техники, которые мы используем при проведении аналитико-системной семейной психотерапии, следующие:

1) вербальная дискуссия, осуществляемая с помощью циркулярного интервью;

2) исследование исторического прошлого каждого члена семьи и семьи в целом;

3) конструктивное использование дистанции между членами семьи;

4) исследование внешних и внутренних границ;

5) исследование функционирования подсистем и стандартов взаимодействия;

6) психодраматизация и психоскульптурирование.

Котерапия в системной и аналитико-системной семейной психотерапии

Любую психотерапию — психоанализ, групповую, семейную и др. — психотерапевт может проводить в одиночку, но бывают такие ситуации и бывают такие психотерапевты, которые работают командой (котерапевты). К последним мы относим себя.

Взаимодействие котерапевтов при проведении аналитико-системной семейной психотерапии обусловлено заявляемой проблемой семьи, выдвижением психотерапевтических гипотез, которые предстоит исследовать клиентам и психотерапевтам.

В нашей котерапии мы признали основными два принципа: кооперация и взаимодополнение. Путем вербальных и невербальных переговоров мы установили, что роли психотерапевтов в психотерапевтическом процессе равные, но каждый, исходя из своих личностных и профессиональных особенностей, реализует те локальные действия, которые в конечном итоге сольются вместе для достижения психотерапевтических целей. Например, на сеанс пришла семья, состоящая из нескольких детей и двоих родителей. Каждый

ребенок требует к себе специального внимания. Когда взрослые начинают говорить о проблеме, дети теряют интерес к происходящему. В такой ситуации один из психотерапевтов осуществляет присоединение к взрослым, а другой устанавливает контакт с детьми. При этом разговор может идти либо громко, либо шепотом, зачастую на одну и ту же тему, что и у взрослых, но у детей при этом есть «свой психотерапевт». Несмотря на то, что присоединение носит внешне сепаратный характер, но на самом деле осуществляется присоединение ко всей семье как к целому, так как каждый член семьи при такой форме общения имеет возможность выбрать из всех слов те, которые считает для себя наиболее важными. Можно сказать, что один из нас чаще отвечает за стратегию психотерапии, за выдвижение гипотез, за определение общего контура психотерапевтических изменений, которые могут произойти за время психотерапевтического лечения. Другой из котерапевтов не лишает себя права самому выдвигать гипотезы и определять стратегию психотерапии, но в большей степени концентрируется на исследовании эмоционального состояния членов семьи, исследовании паттернов реагирования на разных уровнях, осуществлении поддержки семьи в целом и тем ее членам, которые чувствуют себя наиболее фрустрированными во время психотерапии. Если мужчина-котерапевт обращается к семье с каким-то вопросом, то женщина-котерапевт, в первую очередь, слушает этот вопрос, оценивает эмоционально-поведенческий контекст, в котором возник этот вопрос, и принимает решение либо поддержать своего коллегу в разработке выдвинутой гипотезы, и тогда ее уточняющие вопросы будут носить поддерживающий и разрабатывающий эту гипотезу характер, либо дождется, когда разработка этой темы завершится без очевидных результатов и тогда она в свою очередь выдвинет свои инициативы. Котерапевты помогают друг другу в переформулировании вопросов, обращенных к членам семьи, так как вопросы могут быть правильными по содержанию, но по форме трудными и недостаточно понятными для членов семьи.

В аналитико-системной семейной психотерапии поведение психотерапевтов директивное, так как им принадлежит много инициатив для стимуляции психотерапевтических изменений.

Во время сеанса семейной психотерапии мы практикуем так называемые «технические перерывы». «Я прошу вас сейчас на время остановиться в нашей работе. Я хочу задать Нине несколько вопросов, чтобы узнать, что происходит у нас на сеансе психотерапии. При этом вы можете нас слушать или не слушать». Цель такой техники: во-первых, обсудить друг с другом, что происходит на сеансе; во-вторых, дать семье возможность дистанцироваться от обсуждаемой проблемы и получить еще одну неявную корригирующую обратную связь от психотерапевтов.

Наша котерапия — котерапия Н. В. Александровой и Э. Г. Эйдемиллера — развивалась и развивается на протяжении 13 лет. Как стать котерапевтами и какие обстоятельства могут в этом помочь? Нами сформулированы 7 принципов:

1) доверие друг к другу;

2) личностное разнообразие при совпадении духовных и ценностных ориентации (именно этот критерий известный психолог А. Н. Волкова выделила в качестве критерия, обеспечивающего стабильность супружеских отношений);

3) желание, умение слушать и слышать друг друга;

4) склонность и способность к взаимодополнению;

5) способность аутентично исполнять те семейные и половые роли, которых бессознательно ожидают участники психотерапии от психотерапевтов;

6) быть супервизорами друг для друга;

7) осуществлять в своей психотерапевтической работе принцип «связки альпинистов», когда первый забивает колья и прокладывает дорогу, а второй крепко держит веревку, его поддерживающую, а затем, когда первый укрепился на новом месте, он в свою очередь помогает второму и страхует его.

Котерапия в нашей стране пока еще молодой институт. Условно можно сказать, что он находится на доэдипальной фазе развития, как и супервизия.

Случаи аналитико-системной семейной психотерапии девочки Дины

В наблюдаемом случае проиллюстрированы возможности сочетания психотерапевтического исследования в ситуациях «здесь и сейчас» и «там и тогда», а также особенности котерапии.

Стенограммы и комментарий к сеансам № 5 и № 6.

На примем к психотерапевту обратились мать и дочь с жалобами на повышенную обидчивость девочки в общении со сверстниками, неуверенность в себе как в школе, так и дома: при малейшем затруднении девочка обращается за помощью к матери, требуя объяснения или хотя бы присутствия матери рядом с ней, когда она делает уроки, постоянные страхи получить плохую оценку. Девочке 9 лет, она ученица 3-го класса, отличница. Семья состоит из 4 человек: мать — врач, отец тоже врач, есть младшая сестра. У матери этот брак второй, наша пациентка от первого брака матери.

На первом сеансе психотерапевты обратили внимание на то, что девочка сидит в напряженной позе, при обращении к ней сразу смотрит на мать, ища одобрения. Как у матери, так и у дочери среди употребляемых глаголов преобладали «нужно, обязаны, должны». Сначала психотерапевты предложили индивидуальную психотерапию для девочки, но, видя ее испуг и услышав категорический отказ, решили проводить сеансы индивидуальной терапии с девочкой в присутствии матери. Психотерапия проводилась двумя котерапевтами — мужчиной и женщиной. Учитывая особенности девочки — большую зависимость от матери (симбиоз), тревожность, неуверенность, и в то же время высокий уровень интеллекта и хорошо развитую речь, а также способности к рисованию, было предложено девочке рисовать дома рисунки и приносить их на сеансы. Сначала это предложение вызвало у девочки испуг — «я плохо рисую, не знаю, что надо...», но после объяснения того, что никакие оценки за рисование не будут выставлены, она согласилась. Ее первый рисунок — заяц. Психотерапевты на сеансе с помощью уточняющих вопросов, так,

как это принято при проведении аналитической психотерапии, помогли девочке рассказать «биографию» зайца, которая в основном явилась отражением представлений и переживаний девочки по поводу ее матери и самой себя. В этой биографии лейтмотивом были слова: потеря, неготовность к супружеству и материнству (у зайца — молодой зайчихи, так же как у матери девочки, было 3 попытки создать семью, но при этом зайчат она оставляла другим, более зрелым зайчихам. Сама девочка, в связи с ранним разводом матери-в первом браке, с младенческого возраста жила у бабушки). Несмотря на то, что на первых сеансах в основном обсуждение рисунка происходило без активного участия матери, ее невербальные реакции (изменение цвета лица, увлажнение глаз, жесты) указывали на то, что затронуты ее глубинные переживания и она пытается установить связь между коллизиями собственной жизни и характером переживаний дочери. Следующее задание девочке было нарисовать рисунки, в которых отражались бы любые чувства персонажей и обозначались они словами. Это задание было обусловлено тем, что на сеансах было обращено внимание на тот факт, что у девочки есть затруднения с вербализацией своих чувств. Например, когда во время сеанса девочка начала ерзать, теребить пальцы и т. д., на вопрос психотерапевта: «Что происходит с тобой?», девочка ответила, что ничего. И только посредством подробного уточнения нюансов ее поведения удалось установить, а ей осознать, что таким образом у нее проявляется раздражение. Предполагаемые стенограммы относятся к 5-му и 6-му сеансам психотерапии. Девочка с удовольствием поддержала идею нарисовать серию рисунков на тему: «чувства» и использовала для этого историю про Винни-Пуха и его друзей. Можно обратить внимание, что тема потерь и одиночества, отсутствия чувств преобладает в описаниях девочкой героев ее рисунков. Во время сеансов продолжалось и обсуждение чувств самой девочки, которые проявлялись в том или ином поведении. Психотерапевты заостряли внимание на том поведении девочки, за которым, по их мнению, были подавленные отрицательные эмоции, например, в эпизоде, когда девочка, не говоря ни слова, стала убирать рисунок, и только после подробного расспроса призналась, что ей «надоело» говорить о нем, а «хочется» рассказать о другом рисунке, где изображена любимая ее героиня — Зена, история жизни которой, с одной стороны, опять-таки перекликалась с биографией матери (у агрессивной Зены есть ближайшая подруга, а у матери — сестра-близнец), а с другой — отражает собственные фантазии и желания девочки о проявлениях агрессии, наличие которой у себя в реальной жизни она не осознает и проявлений которой боится. В то же время от сеанса к сеансу менялось как поведение девочки на сеансах, так и дома между ней и родственниками. На 7-е занятие мать пришла одна, без девочки, растерянная, со словами, что дочь стала «невозможной: требовательной, капризной, с ней нет никакого слада». Такое поведение девочки, по нашему мнению, являлось способом проявить агрессию на мать. И это нашло свое отражение на следующем занятии, когда объектом исследования были именно взаимоотношения между матерью и дочерью. Была использована психодраматизация, в которой поочередно роль дочери исполняла то она сама, то один из психотерапевтов, и было обращено внимание на тот факт, с каким удовольствием, не признаваемым на словах, но выраженном в мимике лица, девочка выражает свои негативные чувства к матери. Однако назвать свои чувства раздражением девочка еще не посмела, сказав, что это, возможно, и так, ко только «совсем чуть-чуть». На 9-м сеансе динамика поведения девочки ка-

салась ее отношений с психотерапевтом, она впервые позволила себе выразить агрессию в форме определенного поведения — «качания ногами в сторону психотерапевта и постоянных ударов по микрофону» — и в словах: «не хочу, нет, не так». Это означает, что сейчас, после 9 сеансов психотерапии, происходит разблокировка чувств, в первую очередь, негативного регистра. Это очень трудный период в жизни как пациента (возможно усиление чувства вины по поводу осознавания и проявления негативных чувств к главной фигуре в жизни — к матери), так и семьи в целом. Работа с членами семьи на сеансах (с матерью) велась в направлении осознавания матерью, с одной стороны, права дочери на агрессию и в ее адрес, в том числе, и на необходимость терпеливого принятия всеми членами семьи этого «невозможного» поведения дочери. Именно терпение, принятие и вербализации тех чувств, которые «бушуют» в дочери, помогут семье, прожив этот кризис, перейти на следующий уровень взаимодействия, когда дочь и мать смогут говорить о взаимных чувствах и о чувствах к другим членам семьи без обиды и без чувства вины.

Стенограмма сеанса № 5

Э — психотерапевт-мужчина
А — психотерапевт-женщина
Д — девочка
М - мать

После завершения последнего, 9-го сеанса психотерапии девочка уехала на каникулы и было принято решение продолжить психотерапию осенью.

Как нам кажется, в работе с этой семьей мы сочетаем аналитическую работу с девочкой (в большей степени) и исследование взаимодействий в диаде «мать-дочь» и в семье в целом (в меньшей степени).

Содержание сеанса	**Комментарии психотерапевта**
Э: Так, замечательно. Ты хочешь, чтобы мы продолжили с того места, на котором закончили в прошлый раз?	С помощью уточняющих вопросов девочка рассказывает о героях рисунков, их поведении и чувствах.
Д: Угу.	
Э: Отлично. Так, Это у нас Винни-Пух, Заяц. На чем мы остановились:	
Д: Как они пошли к Тигре.	
Э: Как, они пошли к тиграм?	
Д: К Тигре, к одному Тигре.	
Э: К одному тигру?	
М: Нет, ну это в Винни-Пухе «Тигра» называется.	
Д: Тигра. Его так зовут.	
Э: Угу, хорошо. Покажи, пожалуйста, пальцем, где мы с тобой остановились в прошлый раз?	
Д: Вот, мы говорили про Иа, а потом они вот пошли...	
Э: Дай мне, пожалуйста, в руки посмотреть... Это Иа, так.	
Д: Да.	
Э: А это кто у нас?	

Д: А это его друзья.
Э: Хорошо. И мы здесь находимся, да?
Д: Да.
Э: Ну, пожалуйста. Теперь инициатива принадлежит тебе. Так, и что здесь?
Д: Здесь показано, как они идут к Тигре. Это его дома.
Э: Угу.
Д: ...Дальше Тигра тоже хотел придумать чувство, но никак это не смог сделать.
Э: Подожди, здесь Тигра есть?
Д: Да, вот он.
Э: Значит, Тигра хотел придумать чувство, но...
Д: Но не смог.
Э: Но не смог. Скажи мне, пожалуйста, Тигра здесь, собственно, кто это?
Д: Тигра.
Э: Я понимаю, но что можно про него сказать?
А: Он кто такой? Он, она?
Д: Он.
А: А сколько ему лет?
Д: Пять, наверно, по его...
А: Ну примерно, какой он: ребенок, подросток, взрослый?
Д: Ну, это уже взрослый.
А: Он молодой, средних лет или пожилой?
Д: Он молодой.
А: Молодой... У него есть семья?
Д: Нет.
А: А из-за чего у него нет семьи?
Д: Ну, потому что он сбежал из дома.
Э: Сбежал?
А: А он от кого сбежал? Кто у него остался дома?
Д: Родители.
А: Он сбежал от родителей?
Д: Да.
А: Слушай, а от чего он вдруг решил от родителей сбежать?
Д: А ему не нравилось дома. Он хотел искать приключений и друзей.
Э: Он отправился за приключениями и за друзьями, а что у него такое дома-то было, что ему не понравилось?
Д: Ну, его все время учили, а он не хотел. Хотел прыгать.
А: Ему делали замечания?

Здесь звучит тема межпоколенных посланий: ведите себя прилично, не переделывайте в себе ничего, первый брак матери был в основном побегом из отчего дома.

Ситуация в семьях родителей, их детей, вступающих в повторные браки (у матери и ее нынешнего мужа это уже третий по счету брак) очень сходны.

Д: Да.
А: А-а, ему делали замечания. А какие ему замечания делали родители?
Д: Ну, что он пошел гулять, а надо ему учиться.
А: Слушай, а как ты думаешь, для чего его родители поучали?
Д: Чтобы он стал настоящим тигром.
Э: Что такое быть настоящим тигром?
Д: Это поступать как тигр.
Э: Поступать как тигр. Это как?
Д: Рычать, прыгать на всех.
Э: Значит, родители хотели, чтобы он стал настоящим тигром, чтобы умел рычать... Что еще делать?
Д: Прыгать на всех.
Э: Прыгать на всех.
А: А каким он был? Если родители его учили прыгать на всех, рычать, а каким он-то был?
Д: Он был смешным.
Э: Был смешным. Мы узнали следующее: родители ждали, что он будет тигром настоящим.
Д: Да.
Э: Я могу сказать такие слова, что настоящий тигр — это агрессивный тигр?
Д: Да.
Э: Тот, кто умеет охотиться, умеет убивать.
Д: Да.
Э: Ест мясо, которое он добудет, ну, слопает.
Д: Да.
Э: То есть ест то, что...
Д: Поймал. А этот тигр добрый.
Э: Слушай, а ты что хочешь сказать, что те тигры, которые охотятся — это злые тигры?
Д: Да.
Э: Да. Родители были, можно сказать, у Тигры этого — бандиты.
Д: Ну не бандиты, но они были злые. Они добывали пищу. А этот тигр, он есть рыбий жир.
Э: Хорошо, он добрый и ест рыбий жир. Как так получилось, что он стал питаться рыбьим жиром?
Д: А когда он попал к друзьям, он там попробовал рыбий жир.
Э: Скажи, пожалуйста, какое у него отношение к рыбьему жиру?
Д: Он его любит.
Э: Он его любит. За что?

В этих высказываниях девочки звучат слова и ложной самости, и ее подлинной самости. Тигр, который отказывается от своего предназначения в жизни, становится смешон.

Д: Наверное, он по вкусу вкусный.
Э: Вкусный... Ты когда-нибудь пробовала рыбий жир?
Д: (отрицательно мотает головой, морщится).
Э: Что у тебя лицо такое сразу появилось?
Д: Потому что он, наверное, невкусный.
Э: Не вкусный, но для него он вкусный?
Д: Да.
Э: Слушай, он какой-то странный у тебя, тигр, смотри. Он, во-первых, добрый, во-вторых я все-таки с возрастом не понял. Нина Викторовна спрашивала, я был невнимателен, прослушал. Ему пять лет, да?
Д: Да.
Э: Это молодой человек, молодая барышня?
Д: Молодой человек.
Э: Молодой человек. Лет восемнадцати по человеческому возрасту? Или чуть старше?
Д: Да, лет 18. Только это не молодой человек, а молодой Тигра.
Э: Хорошо, молодой Тигра. Добрый-то добрый, но почему-то ест рыбий жир. Слушай, что же это такое значит — рыбий жир? За что он его любит?
Д: За вкус. У него вкусный вкус. Он так считает.
Э: А-а. Скажи, пожалуйста, значит, он в свое время совершил побег. Он ушел от тех родителей, которые учили его убийству.
Д: Да.
Э: Он сказал, что я не буду этого делать, но я буду есть рыбий жир.
Д: Да.
Э.: Что же, он сам выбрал себе пищу и сам сказал, что эта пища вкусная, хорошая. Кто-нибудь понял, за что он любит рыбий жир?
Д: Нет.
Э: Только он один.
Д: Да.
А: Слушай, а как относятся те, с кем он находится к тому, что он есть рыбий жир?
Д: Они спокойно относятся.
Э: Они спокойно относятся. Они принимают его таким, какой он есть?
Д: Да.
Э: Друзья у него есть?
Д: Да.
Э: Друзья есть. Кто это такие? С кем он дружит?

В этих высказываниях звучит тоска по истинным чувствам родителей (учили тигра быть агрессивным), по неподлинности собственного существования.

Д: С Кристофером-Робином, Пятачком, Винни-Пухом, Иа, Совой, Кроликом.
Э: Иа входит в эту компанию?
Д: Да. Ну потом еще есть другие.
Э: Можно я еще раз посмотрю на этого Тигру. Он достаточно большой, да?
Д: Да.
Э: И что означает этот его знак вопроса?
Д: Что он думает и не знает, что ему придумать, какое чувство.

Тигра мог бы подумать: «Каких чувств ждут от меня? Что мне сделать в ответ на ожидание других?».

Э: А в чем у него проблема? Он не знает какое придумать чувство. Он что, бесчувственный?
Д: Нет, он не очень умный.

Очень важные слова, свидетельствующие о дистанцированности от своих эмоциональных переживаний.

А: Скажи, пожалуйста, у него у самого есть какие-нибудь чувства, какие он чувствует?
Д: Он это всерьез не принимает.
А: Он их знает, он их умеет? Может быть он их не умеет называть, или он не умеет чувствовать?
Д: Он не умеет чувствовать.
А: Он не умеет чувствовать.
Э: Как это так?
Д: Он всегда прыгает на всех, но он ничего на чувствует, что он делает.
Э: Я пытаюсь понять. Он прыгает на всех так, как делали его родители?
Д: Да, это они его научили.
Э: Они его научили, но что-то у него не получается ни придушить, ни придавить.
Д: Нет, он прыгает совсем по-другому.

Ожидаемое от Д. поведение: быть послушной, «прыгать», а не бросаться, быть радостной и больше никакой.

Э: А как?
Д: Родители-то бросаются, а он прыгает.
Э: Зачем?
Д: От радости.
А: Когда радуется, он это выражает тем, что прыгает, да?
Д: Да.
А: Хорошо.
Д: Он так здоровается.
А: Какие у него еще бывают чувства, кроме радости?
Д: Никаких.
А: Он умеет только радоваться?
Д: Да.
А: А что с ним бывает, когда он хочет есть?
Д: Он рычит.
А: Он рычит. Вот какие чувства он испытывает, когда он рычит?

С этого момента начинается исследование чувств девочки, способов их выражения, психотерапевты помогают подобрать слова, которые обозначают чувство голода.

Д: Никакие.

А: Никакие? Скажи, а вот если перенестись на человека. Допустим, если есть хочет кто-то из людей, и вот голод испытывает. Какие это чувства, что это такое?

Д: Голод.

А: Голод, а что это такое, что происходит.

Д: Ему хочется есть.

А: Ему действительно хочется есть, но как он узнает, что ему хочется именно есть, а не в туалет, например.

Д: Ну, у него, наверно, что-то в организме просит.

Э: Что-то в организме просит.

А: Как организм дает знать о том, что он голодный?

Д: Ну, начинает тошнить.

Э: Тошнить. Может быть что-то еще?

Д: Живот начинает болеть.

А: Живот начинает болеть. Как ты думаешь, каким чувством это сопровождается?

Д: Нудным.

А: Нудным, хорошо, я согласна. Как бы еще назвать это чувство? Какие слова еще подходят? Болит живот, тошнит...

Д: Противно.

А: Противно. Можно сказать про такого человека, что он немножечко раздраженный?

Д: Нет.

А: Немножко злой?

Д: Нет.

А: Нет.

Э: Печальный, грустный? Подойдет или нет?

Д: Нет.

Э: Не грустный.

А: Не печальный и не раздраженный.

Э: Безликий, никакой.

Д: Да.

Э: Точно?

Д: Точно.

Э: Слушай, а, может быть, он просто несчастный?

Д: Наверное.

Э: Наверное. Все-таки счастья никакого у него нет.

А: Слушай, скажи, пожалуйста, он несчастный, а что заставляет его быть несчастным?

Д: Хочется есть и не найти этой еды.

Э: И не найти еды. Слушай, а как получается, что у него рыбий жир оказывается.

•

Вот некий бессознательно контролируемый образ девочки: быть правильной и в эмоциональном отношении никакой. Мать потом сказала, что такие же требования родителей были и по отношению к ней.

Д: Вкусно.
Э: Вкусно-то, да. Я согласен.
А: Откуда он берет его?
Д: А ему дает его друг.
Э: Его друг.
А: Значит, получается так: Тигра не захотел научиться у родителей добывать себе пищу...
Э: Не захотел быть настоящим тигром.
А: Но в то же время он согласен, чтобы его кормил кто-то другой.
Д: Да.
Э: То есть он до 18 лет дожил, а сам себя кормить не научился.
Д: Но это ж по-человечески 18, а так ему 5 лет.
Э: Но, согласись, для тигра 5 лет — это много.
Д: Да. У него есть еда, что ж ему ее добывать.
Э: Ну, так он просто в раю живет значит, раз есть еда.
Д: Да.
Э: Везде, где он ходит, там везде — рыбий жир.
Д: Нет.
А: Главное, есть другие, кто его кормит.
Д: Да.
Э: Так он немножечко идеалист? Он ждет, когда придет добрый друг и сделает его счастливым?

Здесь находит свое отражение тема отношений с младшей сестрой - «за заботу полагается плата».

Д: Нет.
Э: Нет? А как же тогда он сам делает свое счастье?
А: Как он делает сам себя сытым без помощи друзей?
Д: А он помогает, и ему за это дают рыбий жир.
А: То есть это плата.
Д: Да.
А: А за что? Что он такое делает для других?
Д: Ну, например, играет с крошкой Ру.
Э: О, правильно. А кем он выступает по отношению к крошке Ру? Кто он такой для крошки Ру?
Д: Он Тигра, и он хвастается всегда. Они там гуляют вместе, плавают по речке, лазают по деревьям.
Э: Ну как можно сказать: он старший брат для крошки Ру?

Противоречивость отношений с сестрой - кто из них двоих главнее (старше, более любима) для матери.

Д: Угу.
Э: Он отец для крошки Ру?
Д: Он друг.
Э: Друг. Но старший друг? Или по возрасту одинаковый?

Д: Да, одинаковый.
Э: Одинаковый по возрасту с крошкой Ру?
Д: Нет, не одинаковый.
Э: По возрасту не одинаковый.
Д: У него же есть и другие друзья.
Э: Ну хорошо. Так значит, все-таки у него зрак вопроса, он не знает, что придумать. Но мы с тобой выяснили, что когда он голоден, он несчастен, он бывает рад, когда он с друзьями.
А: Прыгает, и тем самым выражает радость.
Э: Он умеет прыгать, выражать радость, он дружит с крошкой Ру, у него есть друг, который кормит его рыбьим жиром.
Д: Угу.
Э: Замечательно. Знак вопроса остается?
Д: Здесь да.
Э: Хорошо. Дальше что будет?
Д: Дальше они пойдут к Кенге.
Э: К Кенге. Великолепно, пошли к Кенге. И что?
Д: Но она не могла сначала ничего придумать.
А: Кто она такая?
Д: Кенгуру.
Э: Кенгуру. Опять же. Какая она кенгуру. Она или он?
Д: Она.
Э: Какая она?
Д: Хорошая.
Э: Хорошая. Что помогает ей быть хорошей? Что делает ее хорошей?
Д: Потому что она — мать.
Э: Она мать.
Д: У нее есть сын.
Э: У нее есть сын. Хорошо. А этой маме Кенге сколько лет?
Д: Ну, 8 по-кенгуриному.
Э: 8. Если на человеческий возраст это перевести, сколько это будет?
Д: Ну, двадцать.
Э: 20, молодая кенгуриха. Молодая женщина, если по человеческому возрасту, да?
Д: Да.
Э: Хорошо, какой у нее сын?
Д: Хороший.
Э: Молодой, старый?
Д: Он еще маленький. Ребенок.
Э: Ребенок, сколько ему лет?
Д: 2 по-кенгуриному.
А: А откуда взялся у нее ребенок?

Д: Она его родила.

А: Она его родила. А у нее еще кто-нибудь из членов семьи есть?

Опосредованное освещение роли отсутствующего отца.

Д: Да.

А: Кто у нее? С кем она живет?

Д: С Тигрой.

А: С Тигрой. А Тигра кто ей?

Д: Друг.

А: Друг. Слушай, хорошо, у нее есть кенгуренок. А есть папа у этого кенгуренка?

Д: Нет.

Э: Нет. А что случилось? Как так получилось, что папы у него нет?

Д: А так. Кенга родила его одна, без папы.

Э: Одна. Что совсем-совсем? Никого не было?

Д:да.

Э: А что ты можешь предположить, почему она рожала одна?

А: И почему она не захотела иметь папу?

Э: Действительно, и почему не оказалось рядом с ней мужа?

Д: Потому что она не хотела. Она хотела сама воспитать своего сына.

Э: Она хотела сама воспитывать, но почему-то так получилось, что рядом с ней никого не было.

Отца в семье нет вследствие конфликта его с женой - несовпадение «воззрений», «взглядов», «правил», «убеждений». В эту дискуссию включилась и мать.

Д: Ну просто она не хотела.

Э: Она не хотела, чтобы с ней кто-то был?

Д: Да, и воспитывал вместе с ней ее ребенка.

Э: Она не хотела, чтобы кто-то рядом с ней воспитывал ее ребенка. А по какой причине?

Д: Потому что отец может учить каким-то штукам, которые она не хочет, на кого-то охотиться.

Э: Так, то есть отец может быть сторонником таких воззрений, что просто Кенге это не понравится.

Д: Да.

Э: Они могут не совпадать взглядами.

Д: Угу.

Э: Не совпадать... Чем они еще могут не совпадать?

А: Правилами.

М: Убеждениями.

Э: Не совпадать правилами, убеждениями. Так?

Д: Угу.

А: А какие у Кенги есть фантазии, каким она хочет воспитать своего сына?

Д: Добрым, чтобы он слушался.

А: Должен быть добрым, еще каким?
Д: Хорошим.
А: А что такое в понимании Кенги «хорошим»?
Д: Чтобы он не дрался ни с кем. Тогда много друзей будет.
А: Если не будет драться, то будет много друзей?
Д: Угу.
А: А как будет вести себя ее ребенок? Как будет радоваться или сердиться? Какие есть у Кенги представления?
Д: Ну, радоваться он будет всегда.
А: Радоваться. А как она будет догадываться, что ее сын радуется?
Д: Он будет прыгать, радоваться, смеяться.
А: Угу, радоваться, смеяться. А если ему что-нибудь не понравится, тогда что ему делать? Как он может дать знать о том, что ему что-то не нравится?
Д: Сказать может.
А: Просто сказать. Хорошо, а топнуть ногой?
Д: Не-а.
А: Нельзя, да?
Э: Какими словами он скажет о том, что он с чем-то не согласен? Как это может выглядеть?
Д: Ну, как все.
Э: Ну как?
Д: Скажет это спокойно.
Э: Допустим, ты сейчас тот маленький кенгуренок, и ты чем-то не доволен. Как ты это покажешь?
А: Тигра играл-играл с тобой и наступил тебе на ногу.
Д: Я скажу что Тигра надавил мне на ногу.
Э: Ты скажешь: «Тигра, ты надавил мне...» На что?
Д: На ножку.
Э: На ножку. А я как Тигра могу сказать: «Тебе показалось. Я ничего такого не делал».
Д: А я буду утверждать.
Э: Что ты будешь утверждать?
Д: Что Тигра наступил мне на ножку. И он будет плакать.
Э: Кто?
Д: Крошка Ру.
Э: А-а, все правильно. Значит, один вариант: можно выразить свое недовольство тем, что заплакать.

Обсуждение способов выражения чувств.

Отвечает не очень уверенно.

В этом эпизоде интеллектуализация преобладает над непосредственным выражением чувств.

Д: Да.

Э: Слезы, хорошо. Слезы трудно проигнорировать. Согласен. А как еще можно сказать? Ты сказала такие слова: «Ты наступил мне на лапу», но это констатация, а отношение-то какое у детеныша? Отношения-то нет.

Кларификация чувства злости.

Д: К Тигре?

Э: Да.

Д: Ну, немножко разозлился, наверно, на него.

Э: Как сказать так, чтобы Тигра догадался? Ему говорят: «Тигра, ты наступил на лапку» и...?

Д: Ну, показать, как он сердится на него?

Э: Да, как показать?

Д: Ну, там, топнет на него.

Э: Так, значит топнуть, верно? Можно топнуть лапкой. Что еще можно сделать?

Д: ...Пожаловаться.

Э: Пожаловаться. Кому?

Д: Кенге.

Э: Кенге. И что можно сказать Кенге? Как можно ей пожаловаться?

Можно предположить, что появление у ребенка злости вызывает у него чувство вины.

Д: Что Тигра надавил мне на лапку, и не хочет признаваться, что сделал это.

Э: Так. и...?

Д: А Кенга скажет, чтобы он больше так не делал.

Э: То есть Кенга пойдет и скажет: «Тигра, ты, пожалуйста, больше так не делай»?

Д: Не так скажет.

Э: А как?

Д: «Тигра, миленький, больше не наступай, пожалуйста, крошке Ру на ножку».

Э: Это еще называется встать на коленки. «Тигрочка, дорогой, ты уж, пожалуйста, больше мою крошку не дави своей лапищей».

Продолжение разработки темы агрессия. Какие еще существуют деструктивные и конструктивные способы проявления агрессивности?

А: А когда маленький кенгуренок говорит своей маме: «Мама, мне Тигра ножку отдавил, мне больно», это что такое? Какое чувство он выражает?

Д: Он очень обижен.

А: Он обиженный, он такой маленький.

Э: И он просит помощи у своей мамы, чтобы она защитила, так ведь? Это вполне реальный путь. Конечно, дети многие так поступают. А может ли сам этот детеныш как-то себя защитить?

Д: Нет.

Э: Совсем никаких шансов нет?

Д: Он маленький.

А: Хорошо, а если немножко пофантазировать, и когда он подрастет. Тигра наступил ему на ногу. Что он будет делать, если большой?

Д: Он тоже может прыгнуть ему на ногу, что у того тоже нога прямо отвалится.

Э: То есть возьмет, со всего размаха как даванет.

А: Это называется кровь за кровь.

Э: Кровь за кровь, око за око, зуб за зуб. Нормально. Хорошо. Еще какие-нибудь варианты есть?

Д: Нет.

Э: Нет, совсем? Либо подраться, либо обидеть-

Использование метафоры — усиление доступа к агрессивности. Ответ Д: избегание.

Д: Угу.

Э: Вот смотри. Два полюса — Сцилла и Харибда. Ты слышала про таких?

Д: Нет.

Э: Вы потом будете в школе учить. Были две таких живых горы, два таких великана-горы — Сцилла и Харибда. И вот, если корабль проплывал между ними, они могли сомкнуться и раздавить. Называется «между Сциллой и Харибдой». Как ты попадешь между ними, так пропадешь. Один полюс — Сцилла — это обида, а другой — агрессия. Как-то проплыть между ними можно, еще что-нибудь третье выдумать? Или либо обжаться, либо драться?

Обсуждение темы совладания с агрессивностью - использование различных психологических защит: амнезия и противодействие.

Д: Не плыть вообще.

Э: Не плыть вообще, точно. Или обойти. Такой вариант вполне возможен. Избежать.

Д: Крошка Ру может просто промолчать.

Э: Можно промолчать. Можно молчать, обидевшись.

Д: Прятать внутри обиду.

Э: Прятать внутри обиду, совершенно верно.

А: А если обиделся ребенок, как он может прятать обиду? Что с ним будет происходить, когда он прячет обиду?

Д: Он внутри немного будет злиться, наверно.

А: Внутри немножко злится. А что с ним снаружи происходит?

Д: Он не показывает виду, что он обиделся, разозлился на кого-то.

А: А как он будет себя вести с тем, на кого он обиделся, разозлился?

В этом эпизоде психотерапевты осуществляют сопровождение, которое содержит в себе поддержку и реконструирую-

Д: А он все забудет и будет снова с ним играть.

А: Это будет потом, а сразу?

Д: Он предложит ему поиграть и потом все забудет, пока они будут играть.
Э: Ты сейчас что сделала?
Д: Убрала рисунок в папку.
Э: А из-за чего ты это сделала?
Д: Ну, просто.
Э: Просто устала, надоело?
Д: На одном рисунке стоять.
Э: Давай сейчас попробуем это озвучить. Твои руки уже что-то сделали, а если к этим рукам присоединилась твоя голова и вся ты, что ты бы сказала про свои чувства?
Д: Ничего.
Э: Совсем ничего? Опять молчание и терпение? А все-таки, как ты понимаешь, когда звучат слова: «Стоять на одном месте», когда человек такое говорит, какое чувство он может предполагать?
Д: Ну... надоедливость.
Э: Надоело. Я устала. Мне надоело. Я потеряла интерес. У меня возникает раздражение, когда мы топчемся на одном месте.
А: И даже может быть я немножко сержусь?
Д: Нет.
А: Или немножко обижена?
Д: Нет.
А: Нет. Раздражение, но не обида и не злость.
Д: Угу.
Э: Хорошо. Вот ты сейчас сказала о своем чувстве. Я так понял, что ты решила все-таки немножко отстаивать свои интересы. Не быть послушным орудием в моих руках, в руках Нины Викторовны. Ты заявила о каких-то своих желаниях. Самое уместное теперь спросить: чего ты хочешь?
Д: Ничего.
Э: Но все-таки, а данный момент, раз ты сердита, что можно сделать с твоим чувством? Можно терпеть, а можно что-то попробовать сделать.
Д: Да.
Э: Что?
Д: Можно переменить его на хорошее чувство.
Э: Да. Что так просто? Так возможно?
Д: Возможно.
Э: Как это сделать?
Д: Перейти на другой рисунок.
Э: О! Хорошо, великолепно. Пожалуйста, давай на другой рисунок.

щие воздействия. В результате сопровождения девочка из всех предложенных слов выбрала как подходящее для себя слово «раздражение».

Ответ «ложной самости». Апелляция психотерапевта «к истинной самости».

Пока она не может принять полностью ответственность за свои аутотентичные чувства, поэтому психотерапевты взяли на себя ответственность озвучивать (угадывать) ее подлинные желания и действия, а она либо соглашается, либо не соглашается.

А: Как могут узнать другие люди о том, что ты хочешь перейти на другой рисунок? Что можно сделать, сказать?

Д: Можно сказать.

А: А как?

Э: Можно так и сказать: «Я хочу перейти на другой рисунок».

Д: Так прямо и сказать.

Э: Можно еще сказать: «Я устала, мне надоело то, что мы обсуждаем. У меня есть другие идеи».

Д: Угу.

Э: Пожалуйста, куда ты хочешь перейти?

Д: На следующий рисунок.

Э: Пожалуйста, что здесь?

Д: Здесь крошка Ру придумывает, что надо нарисовать эти чувства на листочек.

Э: Где, покажи пальцем. Хорошо. Крошка Ру думает о чувствах, которые надо изобразить на листочке, да?

Д: Да.

Э: И что? Ятак понял, что крошка Ру — это сын Кенги, да?

Д: Угу.

Э: И он про своего отца ничего не знает?

Д: Не-а.

Э: Ладно. И что здесь?

Д: Ну вот он придумывает, что надо нарисовать на рисунке.

А: И что же он рисует?

Д: Он ничего не рисует. Он предлагает друзьям.

А: А-а, он предлагает друзьям рисовать.

Д: Угу.

Э: Ну и что он предлагает друзьям?

Д: Нарисовать все чувства, которые они придумали.

Э: А кто рисовать-то будет? Друзья?

Д: Угу. Каждый свое чувство.

Э: Хорошо. Почему он к ним с таким предложением обратился?

Д: Ему самому интересно.

Э: Самому интересно. А он маленький, да?

Д: Да.

Э: Это не получается, что он приглашает друзей сделать то, чего он, может быть, сам еще не может?

Д: Он может, только не очень хорошо. Будет, наверно, непохоже.

Позиция инфантильной личности, мечтающей о том, чтобы кто-то — знакомые, звери, а на самом деле мать — отражал ее чувства. Происходит идентификация Д. с крошкой Ру.

Э: У него не получится?

Д: Да.

Э: А, то есть есть опасения, что у него не получится.

Д: Угу.

Э: Из-за чего?

Д: Он еще маленький, он не умеет.

Э: Что он умеет? Вот хорошую тему ты предлагаешь. Что он умеет в своем маленьком возрасте?

Д: Он умеет хорошо прыгать, плавать умеет, лазать по деревьям. Он почти все умеет.

Э: Почти все. А чего он не умеет?

Д: Рисовать, а вот прыгать, плавать и такое все он умеет.

Э: Хорошо.

А: А какие чувства он выражает тогда, когда он плавает, когда он прыгает?

Д: Он — радостный. Радость.

А: Он — радостный. А какие-нибудь другие чувства он знает?

Д: Нет.

А: Он знает радость.

Э: Ну, по крайней мере, получается, уже много персонажей, которые знают радость.

Д: Они все знают радость.

Э: Они все знают радость. Приятно. А что дальше?

Д: Дальше они все пошли в Винни-Пуху рисовать эти чувства.

Э: Это где?

Д: Вот они идут.

Э: Они пошли все к Винни-Пуху рисовать свои чувства, так.

Д: Вот они сидят за столиком и уже приготовились рисовать.

Лейтмотив всех переживаний девочки - мать без мужа, неопытность матери, «потерянная любовь».

Э: Кто здесь где находится?

Д: Это Винни-Пух, это Пятачок, а это Кролик. Они уже приготовились. Вот здесь они покрупней, но уже другие.

Э: А кто здесь?

Д: Это Винни-Пух, Пятачок и Кристофер-Робин сидят. Они уже нарисовали.

Э: Они уже нарисовали. Что они нарисовали?

Д: Потерянную любовь.

Э: Потерянную любовь? Что ж это такое, потерянная любовь? Это сердце, пронзенное стрелой?

Д: Да.

А: А чье это чувство?
Д: Это чувство Кролика.
Э: Кролика. И как так получилось, что Кролик потерял любовь?
Д: Он потерял родителей.
Э: А-а. История про потерянную любовь, про потерянных родителей, да?
Д: Угу.
Э: И что же их в жизни ждет? Что у них будет в жизни?
Д: Вот эти все чувства, которые они придумали.
Э: Все эти чувства.
Д: А здесь показан листочек со всеми чувствами.

Постепенно расширяется репертуар в описании чувств.

Э: Так, и что здесь?
Д: Здесь потерянная любовь, злость, потеря, грусть, ласка.
Э: Покажи мне, где ласка?
Д: Вот.
Э: Это чье чувство, ласка?
Д: Это Совы.

Разработка темы «ласка».

А: Слушая, и как они нарисовали ласку?
Д: Как груша гладит яблоко по головке.
Э: Как груша гладит яблоко по головке, да?
Д: Да.
Э: Слушай, а груша и яблоко, они же вроде не совсем живые?
Д: Да.
Э: Да?
А: Скажи, пожалуйста, если пофантазировать, если бы они были живые, кем бы была груша, и кем — яблоко?
Д: Ну, груша — это были бы друзья, а яблоко — это Сова бы была.
А: Сова — это яблоко.
Э: А груша — это кто?
Д: Груша — это друзья, которые ее гладят по головке, ну и там родные всякие.
Э: Добро. Это у тебя новое задание, да?

Появление нового героя Д. — Зены.

Д: Да.
А: Расскажи, кто это?
Д: Это Зена.
А: Это Зена. Расскажи, какая она здесь?
Д: Воин.
Э: Это воин. Расскажи, что ты знаешь про нее, сколько ей лет?
Д: По фильму ей меньше 20.
Э: А в твоей жизни ей сколько лет?

Д: По настоящему ей уже 33.

Приблизительно это возраст матери Д. в настоящее время.

Э: 33 года. Кто такая Зена? Она воин. Как так получилось, что она стала воином?
Д: Она в кино воин.
Э: Я смотрю, она вызывает у тебя очень приятные чувства?
Д: Да.

-

Проективная идентификация: Зена чем-то похожа на мать, а Зена — любимая героиня Д.

Э: За что ты любишь Зену?
Д: Она мне нравится.
Э: Чем она тебе нравится?
Д: Она — воин.
Э: То есть воин в твоем понимании, да, Зеиа — это воин, что такое ты вкладываешь в понятие «воин», что такое умеет делать Зена.
А: Кто такой воин? Какой он?
Д: Воин — это который дерется.
Э: Она умеет драться?
Д: Да.
Э: Скажи, кто ее научил драться?
Д: Она сама научилась.
Э: Она сама научилась. А зачем это ей нужно?
Д: Потому что она хотела стать воином.
Э: Хорошо. Она дерется как? Каким образом?
Д: Она по-любому умеет.
Э: Она кулаками умеет драться?
Д: Да.
Э: Ногами умеет драться?
Д: Да.
Э: У нее меч есть?
Д: Есть.
Э: Умеет она пользоваться мечом?
Д: Да.
Э: Так, стрелять умеет?
Д: Умеет, только она с луком не ходит.
Э: С луком не ходит, да?
Д: Угу.
Э: То есть из лука она тоже умеет стрелять?
Д: Да.
Э: Зачем ей так нужно уметь драться?
Д: Воин должен уметь драться, чтобы защитить себя.
Э: Чтобы защитить себя. От кого себя защищает Зена?
Д: От бандитов.
Э: От бандитов. Бандиты — это кто?
Д: У нее много бандитов.

Попытка выяснить, существует ли связь фигур Богов и родителей?

Э: Много бандитов в ее жизни, кто же больше всего угрожает Зене?
Д: Все. Боги.

Э: Боги? Они что, подвергают ее испытаниям?
Д? Они убивают смертных и ее хотят убить.
Э: Боги — это те, которые дают жизнь и которые ее забирают?
Д: Нет, они не дают.
Э: А как Зена появилась на свет? Откуда она взялась?
Д: Ее родили.

Обсуждение биографии Зены.

Э: Ее родили, кто?
Д: Мама.
Э: Ее мама. Кто была мама Зены?
Д: Женщина.
Э: Женщина. Какая это была женщина?
Д: Хорошая.
Э: Хорошая.
А: А хорошая — это какая?
Д: Она не хотела, чтобы она была воином.
А: А чего она хотела для своей дочери?
Д: Чтобы она жила хорошо.
Э: Чтобы она жила хорошо, чтобы ее никто не обижал?
Д: Да.
Э: Когда она родила свою дочь по имени Зена — это единственный ребенок у нее был?
Д: Да.
Э: А в это время мать была молодая, старая?
Д: Молодая.
Э: Красивая, страшная?
Д: Красивая.
Э: Кстати, дочка ее, Зена, какая она по внешности?
Д: Красивая.
Э: Красивая, да? Такая же как и мать красивая?
Д: Даже еще лучше.
Э: Даже еще красивее своей матери. Что стало с матерью?
Д: Она так и осталась.
Э: Она где-то живет, да?
Д: Да, в деревне.
Э, В деревне.
А: А с кем она живет?
Д: Одна.
Э: Одна. Как так получилось, что она одна?
Д: Ну, она одна жила.
Э: У нее был муж?
Д: Нет.
Э: Совсем не было?
Д: Совсем.

Э: Она ни с кем не познакомилась из мужчин?
Д: Нет.
Э: Даже близко не было, чтобы кто-нибудь понравился из мужчин?
Д: Никто не понравился.
Э: Совсем никто. Слушай, во всех этих историях женщины без мужчин?
Д: Ну да.
Э: Мамы, у которых нет мужей или есть, но с которыми не сходятся по убеждениям?
Д: Их нету.
А: Слушай, а Зена кого-нибудь любила?
Д: Не-а.
А: А у нее были когда-нибудь мечты, что она когда-нибудь выйдет замуж, семью себе заведет?
Д: Нет.
А: Нет. А у нее дети будут когда-нибудь?
Д: У нее есть дети.
А: У Зены?
Д: Да.
Э: Можно я посмотрю. Это что у нее такое?
Д: Шакран.
Э: Это что такое?
Д: Это оружие.
Э: А-а, да, правильно. Интересною.
А: Слушай, а о чем мечтает Зена? Чего бы она хотела в этой жизни?
Э: Для чего она появилась на этот свет?
Д: Чтобы жить.
А: А что это такое для нее? Жить — это что?
Д: Это жить на свете.
А: Понимаешь, одни люди живут, работают, копают землю, другие строят дома, третьи учат детей, кто-то лечит, кто-то воюет, кто-то еще что-то. А о чем мечтала Зена?
Д: Она ни о чем не мечтала.
А: Она ни о чем не мечтала, да?
Э: Хорошо, ладно. Давайте тогда поставим на этом точку.
Д: Не-а.
Э: Ты хочешь продолжить?
Д: Угу.
Э: Может, в следующий раз продолжим про Зену?
Д: Да.
Э: Мне приятно, что у тебя есть желание, и что даже пришлось тебя останавливать. Ты готова про нее много рассказать?

У девочки не сформирован образ мужчины. Вернее, та фигура, которая вызывает у нее беспокойство, амнезируется.

Приближается время завершения сеанса, который длится 60 минут.

Метафорически это звучит как стремление раскрыть себя

Д: Угу.
М: Любимая героиня.
Э: Любимая героиня.
А: А ты бы хотела быть Зеной?
Д: Да.
А: А чем бы ты хотела быть похожей на Зену?
Д: У меня бы была лошадь, я бы была красивая, у меня бы была спутница, я бы путешествовала.
А: А ты бы хотела так же как Зена быть одинокой?
Д: Она не одинокая.
Э: Насколько я понимаю, у Зены нет семьи.
Д: У нее есть спутники.
Э: Спутники, правильно.
Д: И ребенок.
Э: Уже и ребенок есть. А муж есть у нее?
Д: Нет.
Э: И замуж она не выходила?
Д: Нет, не выходила.
Э: Ну вот видишь. И ты бы хотела быть как Зена, чтоб у тебя были спутники, чтобы у тебя не было мужа, чтоб у тебя был ребенок, непонятно откуда взявшийся?
Д: Ну почему непонятно...
А: Главное, чтоб без папы.
Д: Ну да...
А: Есть что-нибудь такое, чем бы ты не хотела быть похожей на Зену?
Д: Ну, да.
А: Что?
Д: Без мужа чего-то плоховато.
А: А зачем был бы нужен муж?
Д: Чтобы он воспитал ребенка. Но с другой стороны это плохо, потому что уже не надо странствовать.
Э: В том-то и дело, уже не надо странствовать и вообще не надо быть Зеной. Так? Ну хорошо. Я принял свою критику. Зачем ставить точку, если ты еще так много хочешь рассказать, давай поставим запятую.
Д: Двоеточие.
Э: О, прекрасно. После двоеточия столько можно рассказать. Знак препинания принимается. Ты к следующему разу нарисуй несколько эпизодов про Зену, придуманных тобой. Договорились?
Д: Я постараюсь.

другую - агрессивную и направить эту агрессию на те фигуры в ее жизни, которые вызвали у нее сильные фрустрации.

Д. показывает свою волю.

Сеанс № 6

Традиционный расспрос о том, что было между сеансами психотерапии.

Э: Мама сказала что у тебя что-то с ногами было?
Д: А, нуда...
Э: Ну и как сейчас дела?
Д: Нормально.
Э: Что еще было примечательного в вашей жизни?
Д: Ничего.
Э: Ничего.
Д: Плохого ничего.
Э: А хорошего?
Д: Я сегодня ходила в кинотеатр смотреть мультик.

Определение темы занятия.

Э: Мультик? Какой?
Д: Чудесный лес.

А: Можно спросить, что бы ты хотела делать сегодня?
Красить яйца.
Красить яйца? Прямо здесь?
Нет.
А что здесь и сейчас будем делать?
Я буду рассказывать историю.
Великолепно. Какая это история, расскажи?

Я понимаю. Она с рисунками или без?
Без.
Просто рассказ?
Угу.
Ну расскажи эту историю, пожалуйста.
С какого места начать?
С какого хочешь.
Ты с какого места начала ее сочинять?
С начала.
Вот с начала и рассказывай.
(смотрит на маму).
Думаешь мама будет тебе помогать?
Нет.
Хочешь, чтобы она немножечко... Что сделала?

История Зены и ее подруги Габриэль.

Д: Не знаю. С рисунком было легче говорить.
Э: С рисунком было легче.
А: Это не просто, но, все равно, начни с какого-нибудь слова и вперед.
Д: Я сочинила, что Зена и ее друзья спасают ее подругу Габриэль.
Э: Что с ней случилось, с этой подругой?
Д: А ее украли.

А: Что тебе известно в этой истории, как ее украли?
Д: Зена и Габриэль, они боролись с бандитами. Но в бою Габриэль украли незаметно.
Э: Они боролись с бандитами. Как получилось, что Зена и...
Д: Габриэль.
Э: Габриэль. Она тоже женщина?
Д: Да.
Э: Две женщины. Как так получилось, что они встретились с бандитами?
Д: На них напали, вот они и встретились.
А: Какие у тебя есть предложения, из-за чего на них напали бандиты? Чего они хотели?
Д: Потому что обещали много денег за голову Зены. Они хотели ее убить.
Э: Скажи, пожалуйства, кто так дорого оценивает голову Зены?
А: Кому они должны были голову Зены отдать?
Д: Ну, вообще-то, никому. Им самим хочется.
Э: Вот, предположим, они бы схватили Зену и Габриэль. И что было бы?
Д: Их бы спасли.
Э: Кто? Кого?
Д: Зену и Габриэль.
Э: А-а. Нет, я просто хочу понять, зачем они нужны.
Д: Чтобы деньги за них получить.
А: А от кого они рассчитывали получить деньги.
Д: От того, кто, может, создал этот закон.
Э: От того, кто будет создавать закон. Закон?
Д: Угу.
Э: Это кто-то такой важный, большой?
Д: Нет, ну, закон...
А: Хорошо, а за что по закону нужно захватить Зену? Зачем закону Зена с Габриэль, что закон даже готов заплатить за нее деньги?
Д: Потому что они буйные и дорого стоят.
А: Ах, они буйные и дорого стоят.
Э: По крайней мере, можно сделать вывод, что Зена и Габриэль представляют ценность.
Д: Угу.
Э: Что ж в них такого самого ценного?
Д: То, что они — воины.
Э: Они - воины, Зена и Габриэль?
Д: Да.
Э: Появилась новая фигура - Габриэль. Скажи, ты раньше ее знала?

Обсуждение темы, что агрессивность является ценностью, ради которой можно нарушить закон.

Д: Да.
Э: То есть она в кино есть?
Д: Да.
Э: А ты на кого больше похожа, на Зену или на Габриэль?
Д: По внешности или по характеру?
Э: Вначале по внешности.
Д: На Габриэль.
Э: А по характеру?
Д: На Зену.
А: А кем бы ты хотела быть?
Д: Обеими.
А: Обеими сразу.
Э: Значит, две женщины, которые являются каким-то напоминанием тебя.
Д: Угу.
Э: Чем Габриэль внешне похожа на тебя?
Д: Волосами.
Э: Чем, цветом?
Д: Цветом нет.
Э: А чем?
Д: У меня лицо похоже на нее.
Э: Она симпатичная или страшная?
Д: Симпатичная.
Э: Симпатичная. То есть ты такая же симпатичная, как Габриэль?
Д: Да.
Э: Что еще есть сходного в тебе и в ней?
Д: Не знаю.
А: Ну что-нибудь еще есть? Сколько ей лет?
Д: Не знаю.
А: Ну примерно. Это девочка, девушка, женщина, старуха?
Д: Ну в сериале-то она девушка.
Э: А в твоей истории она кто?
А: В твоей истории сколько ей лет?
Д: 30.
Э: 30. Для тебя 30 лет - это что такое?
Д: Это уже женщина.
А: Это уже женщина, да? Хорошо. Что ты знаешь про семью Габриэль?
Д: Она замужем.
Э: Она замужем. А кто у нее муж? •
Д: Не знаю.
Э: Ну давай пофантазируем. Как-то ты узнала, что у Габриэль есть муж.
А: Где он находится? Вот она с Зеной борется с бандитами, а он где?
Д: По сериалу он в деревне.

Тема идентификации с Зеной и Габриэль.

Возможно, Зена и Габриэль в фантазиях Д. — это два аспекта фигуры матери: одна агрессивная, знавшая «забытую любовь», другая - замужем. Может быть, это - сестра-близнец матери.

Э: По сериалу. А по твоему сериалу, в твоих представлениях, он где?
Д: Он тоже в деревне живет.
А: Что он там делает?
Д: Живет.
А: Он там просто живет или еще чем-то занимается?
Д: Наверно.
А: А чем он там может заниматься?
Д: Ну, помогать своей матери.
А: Помогать матери. То есть он живет со своей мамой,да?
Д: Да.
А: Как он относится к тому, что его Габриэль умчалась вместе с Зеной бороться с бандитами?
Д: Он об этом не узнал. Она ушла ночью.
А: То есть она сбежала от него?
Д: Да.
Э: Что же заставило ее это сделать?
Д: Она хотела путешествовать с Зеной.
Э: Хотела путешествовать. Зена стала для нее интереснее, чем ее муж.
Д: Конечно.
А: А зачем она вышла замуж? Как так получилось?
Д: Это случайность.
А: Случайность? То есть как? Она случайно с ним познакомилась или случайно вышла замуж? Что произошло случайно?
Э: Скажи, пожалуйста, у них какие-нибудь чувства, какие-нибудь отношения были?
Д: Да.
Э: В каком возрасте она вышла замуж?
Д: В 20.
Э: Ты сказала, что это была случайность. Какие отношения у них были в браке?
Д: Сначала нормальные.
Э: Сначала нормальные. Нормальные - это какие у них были отношения?
А: Какие чувства были между ними? Почему-то они решили пожениться. Не остались просто знакомыми, просто друзьями, а решили пожениться.
Д: Это был такой закон.
Э: Закон, который говорил что?
Д: В определенное время девушка должна выйти замуж.
Э: Что в этом законе было написано, в какое время девушке полагается вступать в брак?

Тема случайности, неопределенности в отношениях мужчины и женщины.

Возраст матери, когда она студенткой первый раз выходила замуж.

По представлениям Д. семейная жизнь - это сплав жестких правил, мучений и испытаний. Основное жесткое правило ее

Д: В 20 лет.

Э: 20 лет. Для чего? Зачем такой закон? Чему он хотел помогать?

Д: Этот закон бандиты сделали.

А: Бандиты. А зачем им было делать такой закон?

Д: Они хотели помучить их.

Э: А-а, женитесь и помучайтесь. Так?

Д: Угу.

Э: Значит, брак - это некоторое испытание?

А: Или мучение?

Д: И то и другое.

Э: И то и другое. Если это испытание, то испытание на что или чего?

Д: Ну, что ты вообще не любишь этого человека, а тебе за него замуж приходится выходить.

Э: Вот, не любишь, а замуж выходить приходится. Это испытание на терпеливость, да?

Д: Угу.

Э: Может еще на что-то это испытание?

Д: Да нет, наверно.

Э: Хорошо, только на терпеливость, сколько же они смогут терпеть. Второе, что ты сказала - это мучения. И что ж там за мучения такие?

А: От чего приходится мучится в браке?

Д: Ну, может быть, что такой муж тебе попадется, что...

А: Что будет?

Д: Бить.

А: Как это было в браке у Габриэль? Каким у нее был муж?

Д: Он ее любил, но она его не любила.

Э: Он ее любил, а она его не любила. Как так получилось?

Д: Да он был глупый потому что.

Э: А-а, и что? Он был глупый и еще какой?

Д: С плохой стороны больше никаким он не был.

Э: Понятно, в то же время, несмотря на то, что он был глупый, он знал, что такое чувство любви. Он любил свою жену, любил свою Габриэль. А Габриэль что испытывала в браке с этим мужчиной?

Д: ...

А: Каково ей было? Как ей жилось замужем за своим мужем?

Д: Ну, неудобство, наверно, испытывала.

Э: Неудобство, да? Что такое неудобство?

Д: Что у некоторых умные мужья, а у нее глупый.

матери: «Терпи. Держи в себе. Носи в себе». Замуж можно выйти и без любви.

В рассказе матери о своем первом муже на первом месте — избавление от опеки родителей, на втором - бытовые неурядицы, особенно связанные в беременностью. О любви она говорила неотчетливо, вскользь. С точки зрения родителей М. муж ее был глупый и явно ей не пара. Рассказывая о Габриэль, Д. рассказывает о ранней стадии брака ее родителей. Зададимся вопросом, откуда дети все знают о том, что происходит в семье, но в силу своих возрастных особенностей мало что могут сделать в семье?

•

Э: Вот когда у всех других женщин умные мужья, а у нее глупый, что это означало в ее жизни? Как она себя чувствовала в такой ситуации?
Д: Она раздраженная была.
Э: Раздраженная. Можно сказать, что она немножко стеснялась своего мужа?
Д: Нет.
Э: Нет? Ей не было стыдно, что она вышла замуж за такого мужчину?
Д: : Наверно, немножко.
Э: Немножко. Ну, ладно.
А: А у них дети были?
Д: Пока нет.
А: То есть они 10 лет прожили в браке, но детей у них не было.
Д: Угу.
Э: Как получилось, что у них не было детей?
Д: Ну, просто.
Э: То есть просто не хотели? Кто больше не хотел детей?
Д: Ну, наверное, немножко Габриэль.
Э: Немножко Габриэль не хотела. А как ее муж к этому относился?
Д: Он, наверное, хотел.
Э: Он хотел, а Габриэль немножечко хотела и в то же время не хотела?
Д: Да.
А: Что-нибудь известно, почему она не хотела детей?

Ценность мужа в браке.

Д: Потому что считала, что они родятся такими же глупыми.
А: Глупыми. А было что-нибудь такое в ее муже, что она ценила?
Д: Хорошо было, что он был нежный.
Э: Он был нежный, да?
А: Нежность, получается, имела для Габриэль меньшее значение, чем ум?

Правила семьи прародителей Д., правила родителей Д., ее собственные правила.

Д: Да.
Э: То есть для Габриэль на первом месте был ум, социальное положение, а нежность чувства - это на втором месте?
Д: Да.
А: И все-таки в одну прекрасную ночь она решила убежать. Из-за чего?
Д: Из-за того, что ее спасла Зена.
А: А от чего ее спасла Зена?
Д: От бандитов.
А: А как она оказалась у бандитов?

Д: Бандиты захватили ее деревню.
А: Вот в чем дело. Бандиты захватили ее деревню. Как ты поняла, из-за чего вдруг бандиты решили захватить эту деревню?
Д: Бандиты всех захватывают.
А: Бандиты всех захватывают. Чего они хотели от жителей деревни
Д: Помучить их.
А: Помучить. А какие мучения были у бандитов для жителей деревни?
Д: Продать, например.
А: Продать куда, кому? Что-нибудь об этом известно?
Д: Другим людям.
А: Продать для чего? Чтобы пришлось делать жителям деревни у тех, кому бы их продали?
Д: Что они скажут.
А: То есть быть рабами?
Д: Угу.
Э: То есть исполнять приказы чужой воли.
Д: (кивает).
Э: Интересная история.
А: Значит, Зена спасла Габриэль от рабства.
Э: Скажи, пожалуйста, если я выскажу такое предположение: бандиты оказались даже в чем-то хорошими людьми. Они сделали так, что Габриэль сбежала от своего мужа.
Д: Нет.
Э: Нет? Почему-то мужа они не взяли в рабство? Или взяли.
Д: Взяли.
А: Зена спасла только одну Габриэль?
Д: Нет, всех спасла.
А: Тогда, если она всех спасла, почему Габриэль не осталась с мужем дома?
Д: Потому что он был, во-первых, глупый, а, во-вторых, очень нежный.

Размышления девочки о том, что важнее в мужчине — ум или не леность.

Э: Глупый и нежный.
А: Она сбежала от его глупости и его нежности?
Д: (кивает).
Э: Может быть что-то еще в нем было такое, что лучше уж бежать, чем с таким жить?
Д: Нет.
Э: Нет. Глупость и нежность. Хотел бы я знать, что такое быть глупым в глазах других людей, но он был уверен, что он не глупый?
Д: Да.
А: Слушай, а скажи, пожалуйста, ты знаешь какой-нибудь его поступок, про который все остальные сказали, что это глупый поступок?

В глазах родителей М. ее муж был глупым, под давлением общественного мнения в ее восприятии он был в какой-то степени таким. М., будучи инфантильной, не раскрывшей

Д: Нет.
А: Ни одного поступка не знаешь?
Д: Нет.
Э: Но ты знаешь зато другое, что есть общественное мнение, что с ним спорить очень и очень трудно, может быть, даже бесполезно.
Д: (кивает). Как скажет какую-нибудь глупость, его и не переспорить.
Э: Скажи, пожалуйста, а что было такое, что называется словом нежность?
Д: Он оберегал всегда Габриэль.
Э: Он был заботливый?
Д: Да.
Э: Он оберегал, заботился.
Д: Да.
Э: Он пытался построить для Габриэль хороший, надежный мир.
Д: (пожимает плечами).
А: Он защищал ее, заботился, помогал ей.
Считалось, с его стороны это была помощь.
А: Он так считал. А что считала Габриэль?
Д: Ей немного не нравилось.
А: Ей немного не нравилось. А с точки зрения общественного мнения, то, что он для нее делал, что это такое было?
Д: Никто не обращал на это внимания.
Э: Вот как. Просто они не знали. Это тайная сторона жизни Габриэль и ее мужа. Внутри он демонстрировал нежность, а то, что было снаружи - это то, за что люди говорили: «Это плохо, это глупость».
Д: Нет.
Э: Нет, не так? Поправь меня.
Д: ...
Э: В чем затруднение? Я что-то не так сказал. Скажи сама.
Д: Я не знаю как сказать.
Э: Ну давай попробуем еще раз.
А: Муж проявлял свою глупость, это было видно другим людям, а то, как он проявлял нежность, этого никто не видел.
Д: Да.
А: То есть знала об этом одна Габриэль?
Д: Угу.
Э: Я попробую сказать такие слова: получилось так: на одной чаше общественное мнение, на другой - какие-то чувства, он пытался свои чувства проявлять, а Габриэль как-то реагировала? Она давала ему взамен какие-нибудь чувства?

в себе потенциал, «любить и быть любимой», не смогла оценить любовь своего мужа. Она боялась своих и его чувств.

Тема очень трудная для Д., поэтому психотерапевты применяют прием «следования за спиной» (tracking) [MinuchinS., 1974].

Д: Нет.

Э: Нет, и получилось, что эти весы, в какой-то момент эта чаша пошла вниз. Чувства оказались очень легкими.

Д: Чувства, они легче были.

Э: Они легче. Они не такие дорогие, как общественное мнение.

Д: Наверное.

А: Можно высказать такое предположение: Габриэль сбежала не только от мужа, а от общественного мнения. Его считали глупым, поэтому она от него и убежала.

Д: Да, но она же хотела путешествовать еще с Зеной.

Э.: Да. Она ведь хотела путешествовать с Зеной.

Описание образа Зены.

Д: Угу.

Э: Хорошо. Ты сказала, что внешне похожа на Габриэль, а на самом деле внутри ты - Зена. Я так тебя понял?

Д: Ну я на Зену тоже чуть-чуть похожа.

Э: То есть ты похожа на Зену внешне?

Д: Да.

Э: Хорошо. Можно сказать, что многое из того, что характеризует Зену - это твое.

Д: Ну, не все.

Э: Не все. Тогда мы поступим проще. Расскажи про то, какая Зена.

Д: Внешность или что?

Э: И про внешность, и про что. А ты словом «что» что называешь?

Д: Ну какие-нибудь там чувства.

Э: О! Да.

А: Какая для тебя Зена?

Д: Нормальная.

А: Вот что входит в понятие «нормальная»? Попробуй раскрыть.

Д: Она не очень злая.

Э: Что значит на очень злая?

Д: Она только с врагами злая.

А: Она злая с врагами, да? Как она проявляет свою злость с врагами?

Д: Она борется с ними.

А: Она борется, дерется?

Д: Да.

А: Она умеет злость выражать через драку?

Д: Ну, если на нее кто-нибудь пойдет, конечно.

А: А сама она может, если на нее никто не идет с дракой, начать драться?

Д: Может, если бандиты, например, на деревню какую-нибудь напали.

А: То есть если на кого-то другого напали. Еще какая она, кроме того, что не очень злая?

Д: ...

Э: Ну ладно. Мы выяснили, что с врагами она злая. Хорошо.

А: Какая она с Габриэль.

Д: Добрая. Они же подруги.

Э: Добрая. Как ты думаешь, как подруги, как сестры, кто из них старшая сестра, а кто младшая?

Д: А по чему смотреть, по силе или...?

Э: Смотри по чему хочешь,

Д: Наверное, Зена - старше.

Э: Зена старше, да? По каким она признакам старше, могла бы быть старшей сестрой?

Д: Не знаю.

А: Какие у нее есть такие качества, которые делают ее старшей сестрой? Она же, вроде, по возрасту младше, чем Габриэль?

Д: Нет, они обе тридцатилетние. Или Зене даже 33 года.

А: Значит, по силе она старшая, так?

Д: Да.

А: Значит, у нее силы больше, чем у Габриэль. Что еще у нее есть?

Д: Только по силе она старше. А Габриэль ее старше по пониманию.

Э: По пониманию. По пониманию чего?

Д: Людей.

А: Людей, угу.

Д: Видения есть.

Э: Что есть?

Д: Видения, она видит во сне, что будет.

Э: А-а, это опять же в фильме, да?

М: Ясновидение. Но это по фильму.

Э: Сейчас сделаем паузу. С. В., вы хорошо знаете этот фильм?

М: Ну, так. Я не скажу, что очень хорошо, но в принципе знаю, о чем там.

Э: Иногда краем глаза посматриваете?

М: Приходится.

Э: Почему?

М: Дочка иногда как завязнет, одну и ту же серию, папа тоже там присоединяется.

Э: Тоже смотрит.

М: Да, он любит фантастику.

Э: А вы их выдираете из этого мира?

М: Да.

Э: Скажите, пожалуйста, Вы сейчас слышали рассказ дочери что от фильма, а что не от фильма?

В образах Зены и Габриэль нашли отражение субличности самой Д., а также характер отношений матери и тети (близнецов): кто из них старше, кто более любим родителями, кто счастливее.

Подключение матери к обсуждению тем.

М: Насчет мужа Габриэль, я не помню, был ли муж. Там у нее сестра вроде бы была в фильме.

Д: Ну и муж у нее был.

М: Ну и, в основном, наверное, от фильма.

Э: Что-нибудь показалось Вам, скажем, что могло бы быть не из фильма?

А: А что в рассказе девочки есть от нее?

М: Ничего, все кино.

Э: Понятно. Вот Вы слышали, дочь - творец. Она творит. Она творит прямо, то ли она вспоминает фильм, то ли что-то добавляет. У меня создалось впечатление, что она творит. Она является соавтором этого фильма. Как Вы себя чувствовали, когда слушали этот рассказ?

Вытеснение сейчас. На 7-м занятии она расскажет факты о своей жизни, очень созвучные жизни Зены и Габриэль.

М

Э: Насколько Вам это было интересно?

М Интересно. Но я все время думала, что же ей нравится в этой Зене и этой Габриэль. Меня это настораживает.

Э: А что Вас настораживает?

М Что они являются ее кумирами, и что это две женщины, которым не нужны мужчины, не нужны семьи, приветствуется свобода, смелость - такие больше мужские качества в женщинах, воинственность. Я это не приветствую со своей стороны. Поэтому я и гоняю ее от телевизора. Там какие-то даже феминистские есть стороны. Но я не знаю, у них в классе всем очень нравится, не знаю, что, может, что женщины все с мечами.

Мать делится своими мыслями о женском предназначении, жизни женщины.

Э: Я понял, что у Вас вызывает не только настороженность, но и отторжение женщина, которая наделена качествами: любит свободу...

М: Ну, да, какая-то самодостаточная, ей никто не нужен, и семья в том числе, и дети. Женщина пришла на этот свет, чтобы продолжить род, иметь семью, заботиться о ком-то, а там забота такая ограниченная, заботятся, конечно, друг о друге, спасают всех, но это все в приключениях. Им нравится это, это их жизнь.

А: А если женщина так старательно уходит в какую-то другую жизнь, избегает жизни семейной, можно ли предположить, что в семейной жизни есть что-то такое, что ее пугает?

М: Естественно. Страх быть несостоятельной в плане женщины, как хранительницы очага. То ли не воспитали в них этих качеств, и

поэтому они уходят, боясь, что не смогут выполнить все эти функции, а это понизит их самооценку.

Э: А вот Ваше представление, Ваш идеальный образ женщины, это какая женщина?

М: Это женщина, не только домохозяйка, нет, это женщина активная, у которой какая-то карьера, но которая не стоит на первом месте перед семьей. То есть семья занимает первое место. Дети, муж, чтобы дома все было нормально, но чтобы в то же время женщина не погрязла в этих домашних заботах, а чтобы у нее были свои личные интересы, кроме семьи, чтобы она смогла там что-то достичь, чтобы это удовлетворяло ее.

Мать дает описание своего понимания идеального образа жизни.

Э: То есть семейная жизнь на первом плане?

М: Да.

Э.: Давайте закончим сегодня.

Вопросы к читателям:

1. Категоризируйте высказывания матери в этом абзаце.
2. О чем не сказала эта женщина?

Психотерапия с Диной и ее матерью продолжалась на протяжении 1,5 лет с периодичностью 1 сессия в одну или две недели. К концу первого года невротическая симптоматика у Дины редуцировалась, но в ее эмоционально-поведенческом реагировании сохранялись эмоции обиды, к которым присоединились открыто проявляемые агрессивные чувства и поступки — крики, ругань в адрес сверстников, матери, сестры, иногда отчима.

В этот период перепугала своих родителей тем, что «стала читать мысли других, предсказывать их поведение». Дина: «Вот подумаю, что девочка, которая меня обидела, упадет с горки, и она падает». Вместе с подругами «читала» волшебную книгу, которой на самом деле не было, но в которой они «находили» предсказание поведения учителей и сверстников.

Мать, врач по профессии, заподозрила у дочери психоз. Сообщение матери о таком поведении Дины вызвало тревогу и у психотерапевтов.

Однако содержание клинико-психотерапевтической беседы с обеими показало, что эти переживания девочки были не психопатологической симптоматикой синдрома Кандинского-Клерамбо, а проявлением «магического мышления». Редукция симптомов невротического расстройства и обретения девочкой и матерью новых паттернов взаимодействия, неуверенность Дины в отстаивании своих желаний, определении границ своего «Я» привели ее к регрессии на уровень мышления маленькой девочки.

В дальнейшем Дина стала демонстрировать более «взрослое» ответственное поведение и дифференцированно проявлять свои чувства.

Мать, в свою очередь, осознала свою ригидность и агрессивность, изменила свое отношение к Дине и способствовала тому, что и отчим стал терпимым как к конструктивным, так и к деструктивным ее реакциям.

Катамнез через 3 года. Полностью адаптирована в семье и в школе. Учится на отлично. Дина гордится своими красотой и умом, ладит со своей сестрой, довольна эмоциональными отношениями в семье. Симптомов невротического расстройства нет. Семья переехала на новую квартиру, что ознаменовало завершение конфликта матери Дины и свекрови.

ПОСТМОДЕРНИСТСКИЕ МЕТОДЫ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В XX-XXI вв. преобладающими теориями в философии и психотерапии становятся теории социального конструктивизма и нарративный подход [Эфран Дж., Льюкенс Р., Льюкенс М., 2000; Зельцер В., 2000].

Нарративная семейная психотерапия (см. «Введение») представляет собой сплав идей психоанализа, системного подхода и теории социального конструктивизма.

В нарративной семейной психотерапии основополагающим понятием является «семейный контекст». Семейный контекст — это многообразие происходящего в семье, заключенное в рамке определенного описания, то есть того языка, который для данной семьи является главенствующим. Семейный контекст — это определенное самоописание семьи.

Для нарративного семейного психотерапевта изменение смысла происходящего в его жизни и жизни клиентов становится основной техникой и важнейшей теоретической концепцией.

Нарративные психотерапевты стараются понять значение смысла проблемы для клиента и ищут способы изменить этот смысл с помощью различных приемов рефрейминга, экстернализации проблемы и др.

К сожалению, они часто игнорируют циркулярные последовательности поведенческих реакций, которые сохраняют проблему интактной.

«Принимая во внимание тот факт, что словарный запас, которым пользуется человек, влияет на его интерпретацию тех или иных событий, терапевт-конструктивист (в нашем понимании, нарративный — прим. ред.) полагает, что изменение контекстуального смысла специфического переживания лежит в основе изменения переживания этого смысла» (Браун Дж., Кристенсен Д., 2001).

В 1992 и 1998 гг. в США были опубликованы статьи Дж. Эфрана, Р. Льюкенс и М. Льюкенса, одна из которых называлась «Конструктивизм: что он может дать Вам? К вопросу о том, когда следует отличать стол от дивана». Эти публикации вызвали бурную дискуссию о моральных ориентирах и правомерности определенных психотерапевтических действий.

В частности, речь шла о психотерапии изнасилованной женщины. Нарративный психотерапевт, работая с этой женщиной, акцентировал ее внимание на то, что психическая травма опосредована контекстом словесного описания, то есть переживания в значительной степени обусловлены наиболее принятыми представлениями об изнасиловании. В случае с изнасилованием можно было бы прибегнуть к изменению контекста с помощью рефрейминга. Клиент смогла бы перестать считать себя жертвой ужасной несправедливости, так как ощутила облегчение от того, что смогла избежать многих других потенциальных опасностей, связанных с подобным событием.

Теория семьи

В развитии семейной психотерапии упрощенно можно выделить 3 стадии (более подробно об этом см. «Введение»): 1) понимание семьи как суммы нормальных или психопатологических профилей; 2) психоаналитико-системная; 3) нарративная (конструктивистская).

Представители первой, а в значительно большей степени, второй, считали, что семейной психотерапией можно считать работу с нуклеарной семьей, исключение детей не поощрялось. Здесь уместно вспомнить определение семейной психотерапии, принадлежащее супругам Кноблох (1970): «Семейная психотерапия — это та психотерапия, участие в которой принимают, помимо взрослых, еще и дети».

Представители позитивной психотерапии не настаивали на обязательном участии в сеансе всех членов семьи — «кто пришел — тот пришел» [Пезешкиан Н., 1993].

Нарративные психотерапевты, обращающие внимание на «семейный контекст», все его флюктуации, динамику, предпочитают работать на сеансах семейной психотерапии с теми членами семьи, которые захотели придти.

Если психотерапевтические воздействия направлены на познавательные способности индивида семьи, речевые обороты, схемы описания интра- и интерперсонального опыта, то нет необходимости настаивать на участии в психотерапии нуклеарной семьи. Альтернативой может быть лечение как индивида, так и нуклеарной или расширенной семьи.

Роль психотерапевта

Ранее мы говорили о партнерских отношениях психотерапевта и клиента, что в психотерапии нет места лечению кого-то кем-то. В психотерапии каждый участник взаимодействия оказывается в выигрыше, если психотерапия проходила без выраженных артефактов.

Психотерапию в нарративном подходе можно уподобить «разговору».

Если в традиционной психотерапии клиент и психотерапевт договариваются о совместном отыскании истины (основная парадигма аналитической психотерапии: отыскав причину — раннюю фрустрацию и откорректировав ее следствие — эмоции и поведение — мы получаем результат в виде изменения), то психотерапия, осуществляемая в форме разговоров, не ставит своей целью отыскание истины,потому что истин — множество («multiple knowledge's»), а декларирует, что вся реальность клиента, да и не только его, находится в многообразии слов и речевых оборотов.

Процитируем один из популярных вопросов, который задают большинство постмодернистских психотерапевтов: «Действительно ли какая-либо идея или точка зрения имеет больше прав на существование, чем любая другая?» [Браун Дж., Кристенсен Д., 2001].

Нарративная психотерапия свободна от состязания в правоте своей точки зрения. Нарративный психотерапевт, который своей позицией «живого раз-

говорчивого зеркала» чем-то схож с психоаналитиком, в то же время значительно отличается от него по процедурным моментам — он не анализирует свободных ассоциаций, он «разговаривает» с клиентом, создавая поле «понимающей интерсубъективности» [Эйдемиллер Э. Г., 2002].

Практика нарративной (конструктивистской) психотерапии

Постмодернистская психотерапия, основными направлениями которой являются нарративная или конструктивистская семейная психотерапия, объединила в себе «оригинальные модели структурного, стратегического, поведенческого и трансгенерационного подходов, вместе с тем породив новые идеи и технические приемы» [Браун Дж., Кристенсен Д., 2001].

Мы считаем, что обязательно должен быть упомянут психоанализ, который в области психотерапевтического мировоззрения сыграл роль системообразующего фактора, благодаря которому родились такие разные и такие похожие методы психотерапии.

Натан Аккерман [Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., ЮстицкисВ., 2000] был первым, кто своими теоретическими исследованиями и практикой синтезировал психоаналитические идеи и положения общей теории систем.

В настоящее время в нарративной (конструктивистской) психотерапии выделяют ряд моделей:

1) модель, сфокусированная на поиске решения [Deshazer S., O'Hanlon D. И.];

2) нарративная модель [White M.];

3) разговорная модель [Goolishian H., Anderson T.];

4) модель с элементами психологического просвещения [Anderson C].

Остановимся на рассмотрении 2 моделей — нарративной и разговорной, которые близки нашему психотерапевтическому опыту (см. раздел «Аналитико-системная семейная психотерапия»), а также работы «отражающей команды» (reflecting team).

Модель нарративной семейной психотерапии

Основоположники этой модели психотерапии — Майкл Уайт и его жена Черил Уайт.

М. Уайт широко пользуется идеями философии Мишеля Фуко о влиянии общества, культурных ожиданий на формирование человеком своего индивидуального и семейного предназначения.

Как показывает наш опыт, невротические расстройства у детей, подростков и взрослых развиваются вследствие блокирования потребности в самоактуализации.

Индивид, имеющий большой риск заболеть неврозом, вместо того, чтобы определять себя как уникальную личность с уникальной судьбой, исходя из собственных представлений о себе (метафорически мы это называем «строить себя из себя»), начинает преимущественно ориентироваться на информацию о себе, исходящую от окружения, и при этом игнорирует тот опыт, который он приобретает сам.

Человек, условно говоря, «программируется таким образом, чтобы его поведение подтверждало полученную ранее информацию о своем «Я» [Браун Дж., Кристенсен Д., 2001].

Этот тезис хорошо согласуется с утверждениями В. Н. Мясищева о нарушениях в системе отношений личности, вследствие чего оказываются нарушенными представление о себе и самооценка [Мясищев В. Н., 1960; Исурина Г. Л., 1983; Карвасарский Б. Д., 1985; Эйдемиллер Э. Г., 1994].

Задачей нарративной семейной психотерапии по М. Уайту является попытка отделить индивида от его представлений о своей проблеме, от рассказов о ней.

Широкое распространение получила техника М. Уайта «экстернализация проблемы», то есть представление проблемы как внешней по отношению к клиенту и его семье.

Клиенту задают вопросы, которые помогают экстернализации проблемы: «В присутствии своего мужа Вы чувствуете тяжесть и неспособность что-либо сделать? Как долго Вы боретесь с этим проблемным поведением? Что бы Вы сказали вашей тяжести и скованности о Вас и Вашей жизни? Чего бы Вы могли достичь, если бы проблема не нарушала ход Вашей жизни?».

Другая техника «экстернализации проблемы» носит невербальный характер. Психотерапевт предлагает клиенту (там) нарисовать актуальное эмоциональное состояние, а потом обсудить его. Члены семьи в одних случаях каждый в отдельности рисуют свое представление о семейной жизни; в других случаях — рисуют совместно. Последующая дискуссия завершает сеанс психотерапии.

В других случаях члены семьи протанцовывают все вместе те сюжеты, которые отражены на их рисунках.

На занятиях по семейной психотерапии на кафедре детской психиатрии и психотерапии мы даем слушателям задание нарисовать «счастье», а потом всем вместе составить из этих фрагментов большую «картину счастья», имея ввиду, что каждый владелец своего фрагмента будет вести переговоры, стараясь достигнуть как общей цели «счастье глазами группы», так и удовлетворяющего его самого места фрагмента в общей картине.

Разговорная семейная психотерапия

Разговоры людей — самые сильные в эмоциональном плане и самые информационно-насыщенные формы коммуникаций.

Использование «разговоров» в психотерапии предполагает, что не психотерапевт будет лечить клиента, что не он будет корректировать «описание

плана действий» [Эйдемиллер Э. Г., 2001], а что именно психотерапевт будет проявлять уважение и заботу о клиенте(тах).

Разговорная психотерапия основана на обмене психотерапевта и клиента «разговорными» вопросами. Х. Андерсон (1993) дает наиболее полное и яркое описание «разговорных» вопросов: разговорные вопросы помогают вызвать клиента на разговор и задаются исходя из того, что терапевту о клиенте ничего не известно. Использование таких вопросов требует внимательного и активного слушания, полного погружения в повествование клиента, обсуждения его забот и тревог, попытки вникнуть в представления клиента о своем «я» и истоки этих представлений. Каждый вопрос задается исходя из того, что терапевт на самом деле не участвует или не осведомлен о сути вопроса.

Мы выделяем в своей разговорной практике с клиентами два типа вопросов: «для психотерапевта» и «из клиента». Первый тип вопросов адресуется к клиенту как к шкафику, про который нужно узнать что в нем находится. Такие вопросы преимущественно задают психиатры, исходя из диагностических целей, ликвидируя дефицит знаний о клиенте.

Вопросы «из клиента» (такая формулировка принадлежит одной женщине-психологу, которая проходила у нас обучение групповой и семейной психотерапии) — это те, отвечая на которые, клиент что-то узнает о себе. «Когда слышишь такой вопрос, а затем отвечаешь на него, чувствуешь, как словно что-то вытягиваешь из себя».

В свое время А. П. Федоров и Э. Г. Эйдемиллер (1988) разработали процедуру осознавания коммуникативного значения вопросов в рамках групповой психотерапии и групповых тренинговых занятий.

Осознание коммуникативного значения вопросов. Каждый задает один вопрос относительно того, что происходит в группе. На вопросы не отвечают. Члены группы фокусируются на своих чувствах, когда задают вопрос и когда им задают вопрос. Потом участники заменяют вопросы на заявления от 1-го лица. Например: «Сергей, а ты сейчас не обиделся на то, что мы проигнорировали твое высказывание?» Перемена вопроса: «Сергей, я думаю, что ты обиделся на то, что мы проигнорировали твое высказывание». Далее проводится обсуждение испытанных чувств. Как правило, тот, кто задавал вопрос, чувствовал себя в большей безопасности, чем тот, кому он был адресован. В процессе дискуссии члены группы начинают понимать, что вопросы позволяют в безопасной форме управлять поведением людей. Затем всеми участниками по очереди задается вопрос со слова **почему,** основанный на материале взаимодействия членов группы. Партнер отвечает на вопрос (обычно со словом **потому).** После этого обсуждаются чувства задающего вопрос и его партнера. Например: «Лена, а почему ты сейчас покраснела?» В последующем можно предложить всем задать по одному вопросу, которые начинаются со слов **как** и **что** (желательно на том же содержательном материале, как и вопрос, начинающийся с «почему». Например: «Лена, что сейчас вызвало у тебя покраснение лица?» Участникам предлагается обратить внимание на различие в испытываемых чувствах при видоизменении вопросов.

Как правило, вопросы, начинающиеся с «почему», содержат критику партнера, имеют более выраженный характер манипулирования им, увеличивают дистанцию между говорящими и усиливает их защитные реакции. Вопросы, начинающиеся со слов «как» и «что», являются истинными просьбами о получении дополнительной информации, проявлением настоящей заинтересованности в прояснении того, что происходит сейчас во взаимодействии пациентов, а также того, как оно протекает.

Коммуникативный стиль «разговорного» психотерапевта характеризуется чувствительностью и деликатностью.

Ключевым моментом в его работе является способ высказывания мнений или идей, что следует делать деликатно и уважительно, лучше всего в полувопросительной форме.

Следует подчеркнуть, что для того, чтобы стать нарративным (конструктивистским) психотерапевтом, необходима серьезная подготовка в области традиционных форм семейной психотерапии — системной, структурной, трансгенерационной и др.

Но еще ранее семейный психотерапевт должен изучать психоанализ. Для одних психотерапевтов психоанализ останется скорее мировоззрением, чем практикой, для других — и тем и другим.

Ни в одной теории психологии или психотерапии не рассматривается так полно, как в психоанализе, ситуация встречи психотерапевта и клиента и возникающие взаимные переносы и противопереносы.

С нашей точки зрения, психотерапевтом можно стать лишь тогда, когда психотерапевт умеет, с одной стороны, воспринимать переносы клиента, а с другой стороны — умеет распознавать, контролировать и управлять противопереносами.

Рефлектирующая (отражающая) команда

Заканчивая эту главу, мы хотим познакомить вас с «рефлектирующей командой», которая принимает участие в семейной психотерапии.

Мы довольно часто используем «отражающую команду» как при обучении семейной психотерапии, так и при проведении ее. Приводим цитату из монографии Дж. Брауна и Д. Кристенсен.

«Том Андерсон, психиатр из Норвегии, прошедший подготовку и работавший в сфере традиционной семейной терапии, однажды пришел к выводу о том, что иерархия и директивный стиль структурной и стратегической терапии себя не оправдывают. Заинтересовавшись идеями о равноправии терапевта и клиента, которые пропагандировали сторонники разговорного подхода, Андерсон начал экспериментировать, нестандартно используя одностороннее зеркало, которое к тому времени получило широкое распространение среди представителей разных школ семейной терапии. Вместо того, чтобы соблюдать безопасную дистанцию и укреплять статус терапевта как компетентного специалиста по проблеме, Андерсон стал приглашать рефлектирующую команду психотерапевтов на встречу с членами семьи или даже

предлагать им меняться местами. Более не обсуждая семейное взаимодействие «за спинами» участников, психотерапевты проявляли свои реакции и выражали впечатления непосредственно в их присутствии. После того, как команда делилась своими впечатлениями, члены семьи получали возможность высказать свое мнение об услышанном, а затем продолжить интервью. Этот метод получил широкое распространение во всем мире, среди представителей различных школ психотерапии [Anderson T., 1991]. Многие психотерапевты находят этот подход чрезвычайно полезным для выработки альтернативных проблем, а также для преодоления клиентами страха работы перед полупрозрачным зеркалом. Одной из причин высокой популярности этой техники стало ее применение в тренинговых программах, где одностороннее зеркало использовали и раньше. Теперь же появилась возможность повысить заинтересованность участников в работе с таким зеркалом».

Семейная психотерапия в своем развитии интегрировала основные положения психоанализа, групповой динамики, системного и нарративного подходов.

В настоящее время семейная психотерапия, оформившаяся в самостоятельное направление, занимает одно из ведущих мест на рынке психотерапевтических услуг во всем мире.

Доказанным фактом является высокая эффективность семейной психотерапии и ее экономическая целесообразность.

Включение семейной психотерапии в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий в психиатрии, психосоматической медицине способствует не только повышению эффективности лечения и сокращению рецидивов, но и значительно улучшает качество жизни больных и их непосредственного социального окружения.

Контрольные вопросы

1. Дайте определения семейной психотерапии.
2. Какие теоретические концепты лежат в основе семейной психотерапии?
3. Что называют «семейными мифами»?
4. Какие механизмы приводят к формированию идентифицированного пациента или «носителя симптома»?
5. Какие техники семейной психотерапии Вы знаете?
6. Какую роль выполняют домашние задания, формулируемые психотерапевтом для членов семьи?
7. Перечислите и охарактеризуйте 4 принципа семейной системной психотерапии по М. Сельвини-Палаццоли?
8. Какие основные принципы котерапии?
9. В каких фрагментах стенограмм сеансов психотерапии есть метафорические и косвенные указания на дисфункцию семьи в 3 поколениях?
10. Характеристика теоретических аспектов постмодернистских методов психотерапии.
11. Опишите основные характеристики нарративной семейной психотерапии.
12. В чем особенности разговорной семейной психотерапии?

Список рекомендуемой литературы

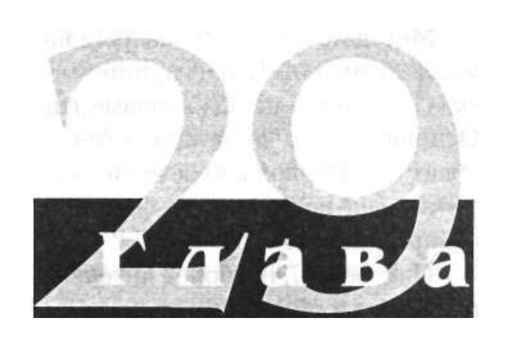
1. *Браун Дж., Кристенсен Д.* Теория и практика семейной психотерапии. — СПб.: Питер, 2001. - 352 с.
2. *Минухии* С, *Фишман Ч.* Техники семейной терапии (пер. с англ.). — М.: Независимая фирма «Класс», 1998. — 304 с.
3. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2000. - 1024 с.
4. *Сельвини Палаццоли М., Босколо Л., Чеккин Дж., Прата Дж.* Парадокс и контрпарадокс: новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие. — М.: Когито-Центр, 2002. — 204 с.

5. Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Питер, 2002. - 368 с.

6. *Шерман Р., Фредман Н.* Структурированные техники семейной и супружеской терапии: Руководство (пер с англ.). — М.: Независимая фирма «Класс», 1997. — 336 с.

7. *Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. - СПб.: Речь, 2003. - 336 с.

8. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. — 3-е изд. - СПб.: Питер, 2001. - 656 с.



ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Гипноз (греч. hypnos — сон) — это особое состояние сознания, отличающееся и от состояния бодрствования, и от состояния естественного сна, вызванное искусственно с помощью внушения, при котором отмечается повышенная восприимчивость к психологическому воздействию гипнотизирующего и снижение чувствительности ко всем другим воздействиям.

Метод лечения, основанный на гипнотическом внушении, называется *гипносуггестивиой* (греч. hypnos — сон; лат. suggestio — внушение) *терапией.* С лечебной целью врачами гипноз начал применяться с конца XIX века. Отношение врачей и пациентов к этому методу отражало отношение к нему общества. Периоды увлечения гипносуггестивной психотерапией, объявления ее чуть ли не панацеей, сменялись периодами обвинения гипнотерапевтов в шарлатанстве.

Интересно, что более интенсивное применение гипноза с лечебной целью приходится обычно на времена смут, социальных перемен, что объясняется ростом тревоги, мистицизма и веры в возможность чудесного улучшения материального благосостояния и душевного здоровья. Люди, далекие от медицины, склонны рассматривать проявления гипнотизма с мистических, парапсихологических позиций, что далеко от истины.

Также лечение гипнозом находит благодатную почву в государствах с авторитарными тенденциями в управлении. По-видимому, это связано с авторитарно-директивным характером классической гипносуггестивной терапии.

Повышение интереса к гипносуггестивной терапии также возникает в периоды некоторого разочарования, почти неизбежно наступающего после того, как не оправдываются надежды повсеместного внедрения какого-нибудь очередного модного метода, оказывающегося на деле не таким быстродействующим, эффективным, как ожидалось.

Внедрение метода гипносуггестивной психотерапии в России связано, прежде всего, с именем великого психиатра, невролога, психотерапевта и психолога В. М. Бехтерева. Именно он внес большой вклад в научное понимание явления гипнотизма. В Советском Союзе наиболее известными психотерапевтами, активно развивающими и внедряющими гипносуггестивную терапию, были В. Е. Рожнов, П. И. Буль, К. М. Варшавский, К. И. Платонов, А. М. Свядощ, С. С. Либих и другие. При этом почти все они использовали в основном директивный подход.

Во времена перестройки отмечалось повышение интереса к гипнозу. Было создано научное общество гипнологов и психотерапевтов, начал издаваться журнал «Вестник гипнологии и психотерапии» (1991). Целью этой деятельности было противостояние «организованной психологической агрессии на сознание наших соотечественников со стороны представителей оккультной психотерапии: всякого рода телешаманов, колдунов, кришнаитов, инопланетян и прочих мистификаторов, торжествующих, подобно химерам, пока разум спит» [Архангельский А. Е., 1991].

В настоящее время гипносуггестивная психотерапия, похоже, заняла подобающее ей место одного из важных, но не ведущих психотерапевтических методов, который при правильном понимании и использовании может существенно обогатить арсенал любого психотерапевта. Особенности гипнотического состояния позволяют использовать его с лечебной целью в качестве как самостоятельного метода, так и в сочетании с другими психотерапевтическими воздействиями. Важно только придерживаться принципа К. Иоэнна: «...врач должен быть терапевтом во-первых, и только во-вторых — гипнотерапевтом. Более того, терапевт должен уметь лечить как с применением гипноза, так и без него» [Ioannou C, 1988].

Гипноз, безусловно, представляет собой сложное явление, в основе которого лежат как физиологические, так и психологические феномены.

Суть психологического компонента в особых межличностных взаимоотношениях, возникающих между психотерапевтом и пациентом в процессе гипносуггестивного сеанса. У пациента еще до начала непосредственного введения в состояния гипноза важно сформировать стремление испытать «особое» состояние гипнотического сна, способствующее лечению. Приступая к лечению, пациент находится в состоянии ожидания необычных ощущений, впечатлений и лечебного эффекта. В процессе погружения в состояние гипнотического сна возникает так называемый *раппорт* (франц. rapport — отчет, связь). При этом внимание пациента становится селективным, то есть избирательным: слова, тепло рук, прикосновения врача, даже незначительной интенсивности, хорошо воспринимаются и вызывают реакции клиента, восприятие раздражителей вне зоны раппорта снижено. Клиент полностью подчиняется указаниям психотерапевта, активизирующего и направляющего в определенное русло его воображение. Происходит сужение, а затем и изменение сознания, на что в частности указывают явления частичной или полной амнезии, отмечающейся по завершении сеанса.

Физиологический компонент выражен мышечной релаксацией, изменениями биоэлектрической активности головного мозга, вегетативными проявлениями (изменения температуры тела, частоты сердечных сокращений, дыхания и пр.).

СТАДИИ ГИПНОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Интенсивность физиологических изменений зависит от степени глубины гипнотического транса. Еще в 1889 г. швейцарский психиатр Огюст Форель (A. Forel) предложил различать 3 стадии гипнотического состояния:

1. Стадия *сомноленции* (лат. somnolentus — сонливый) характеризуется появлением ощущения тяжести и тепла в конечностях, расслаблением, сонливостью. При желании гипнотизируемый еще может открыть глаза, противостоять внушению. После выхода из этого состояния амнезии нет. В. М. Бехтерев (1911) называл такое состояние «малым гипнозом».

2. Стадия *гипотаксии* (греч. hypo — приставка, означающая снижение; taxis — расположение, порядок), или «средний гипноз», по В. М. Бехтереву, соответствует наступлению дремоты. Возникает раппорт, то есть восприятие пациента обострено в отношении слов и действий терапевта, снижено к другим раздражителям. Открыть глаза без разрешения врача он не может или делает это с большим трудом. Выйдя из гипнотического состояния, клиент сохраняет воспоминания обо всем, что с ним происходило.

3. Стадия *сомнамбулизма* (лат. somnus — сон; ambulo — бродить), или «большой гипноз», по В. М. Бехтереву, отличается глубоким сном, выраженным раппортом, выполнением сделанных в гипнозе внушений, возможностью внушения галлюцинаций, постгипнотической амнезией. Амнезия может быть предотвращена путем соответствующего внушения. Возможно так называемое постгипнотическое внушение, в результате которого клиент, уже выйдя из гипнотического состояния, выполняет внушенные во время сеанса действия.

При погружении клиента в гипнотическое состояние далеко не всегда эти стадии следуют друг за другом. Возможно моментальное наступление, например, 2-й стадии или даже 3-й стадии, минуя предыдущие. В связи с этим часто говорят не о «стадиях», а о «степени глубины» гипноза: легкой (сомноленция), средней (гипотаксия) и глубокой (сомнамбулия).

ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ГИПНОСУГГЕСТИБНОЙ ТЕРАПИИ

Процесс введения в гипнотическое состояние можно разделить на несколько этапов.

Подготовительный этап является очень важным. От качества его проведения во многом зависит успешность гипносуггестивной терапии.

Во время первой сессии подготовительного этапа, которую можно назвать *диагностической,* врач должен поставить многоосевой диагноз, отражающий проблемы клиента на биологическом, психологическом и социальном уровнях, после чего принять решение о целесообразности гипносуггестивной психотерапии или предпочтении других методов лечения. Одновременно важно установить доверительные, терапевтические отношения с клиентом, а если клиент ребенок, то подобные отношения должны быть установлены и с его родителями или другими членами семьи. Далее следует предложить лечение с помощью гипноза, выяснить отношение к нему клиента. Клиентов в зависимости от их отношения к гипносуггестивной психотерапии условно можно разделить на четыре группы:

1) испытывающие большое желание подвергнуться гипнотическому воздействию;

2) индифферентно относящиеся к гипнотическому воздействию;

3) выражающие большое желание лечиться при помощи гипноза и одновременно страшащиеся его;

4) испытывающие предубеждение против этого метода.

Клиенты, составляющие первую группу, часто добиваются «лечения гипнозом», чтобы пережить необычные ощущения, испытать себя, а нередко доказать себе и окружающим, что их «гипноз не берет». Иногда повышенное стремление к использованию именно этого метода психотерапии связано с искаженными или просто неверными представлениями о нем, как чудесном и всемогущем. При этом неоправданно завышенные ожидания неизбежно сменяются разочарованием. Клиенты данной группы нуждаются в тщательной подготовительной работе. Если же она не приносит желаемого результата, целесообразно отказаться от применения гипноза и выбрать другой психотерапевтический метод, вызывающий у клиента меньше эмоций.

Больные второй группы индифферентно относятся к гипносуггестивнои терапии. В некоторых случаях бывает полезно заинтересовать их методом, повысить желание лечиться именно так. На информацию о предполагаемом ходе лечения они, как правило, реагируют адекватно и верно выполняют инструкции в процессе лечения.

Клиенты третей группы испытывают амбивалентные эмоции к предложению проведения гипносуггестивнои терапии. С одной стороны, это интерес, вера в эффективность и желание попробовать, а с другой — высокая тревога, связанная с представлениями о возможных «потери воли», «необратимых изменениях личности», «зомбировании» и т. п. Это проявляется в многочисленных вопросах о возможных осложнениях, о гарантиях сохранения здоровья. Настаивать на проведении именно гипносуггестивнои психотерапии в этих случаях не стоит. Если психотерапевту удается вызвать доверие клиента, необоснованная тревога и страхи купируются, клиент отвергает предложенные альтернативы и хорошо сотрудничает с врачом во время проведения сеансов.

Клиенты четвертой группы негативно относятся к введению в гипнотическое состояние. Иногда это связано с уже имевшимся неудачным опытом лечения этим методом, чаще — с неправильными, нередко мистическими представлениями о методе, нелепыми страхами (впасть в летаргический сон, сойти с ума и т. п.). Отрицательное отношение к гипносуггестивнои психотерапии может быть вызвано представлениями о ее высокой эффективности в сочетании со скрытым нежеланием избавиться от симптоматики, например, рентной. Если негативная установка устойчива, вряд ли следует активно бороться с ней. Лучше сосредоточиться на психотерапевтических задачах и попытаться решить их другими средствами. При лечении детей и подростков в случае, когда гипносуггестивная терапия им показана, но клиенты испытывают негативное отношение к гипнозу, изредка, с согласия родителей, клиенту сообщается, что его будут обучать приемам расслабления и отдыха. Проводимая при этом гипносуггестивная психотерапия, как правило, настолько отличается от представлений о ней клиента, что он не проявляет негативизма при проведении сеансов, контакт с психотерапевтом вполне доверительный, лечение эффективно.

После определения, к какой группе относится клиент, назначается время следующей сессии *(разъясняющей)*, ставятся задачи и планируются способы

их решения. Клиент и его близкие имеют определенные ожидания относительно условий, формы проведения гипнотического сеанса, тех ощущений, которые он будет испытывать, эффективности лечения. Одной из важных задач разъясняющей сессии является приведение в соответствие этих ожиданий с тем, что будет происходить на самом деле. С учетом личностных особенностей клиента, клинической картины, навыков психотерапевта выбираются методики погружения в гипнотическое состояние, определяется примерная длительность курса лечения.

Ряд психотерапевтов во время этой сессии проводят пробы на внушаемость. Внушаемость, то есть способность личности на бессознательном уровне воспринимать психическое воздействие со стороны другого человека или группы лиц, следует отличать от гипнабельности, характеризующей особенности вхождения в гипнотическое состояние. Большинство современных врачей, применяющих гипносуггестивную психотерапию, не делают проб на внушаемость, так как, во-первых, опытный врач определяет ее в процессе беседы с клиентом, а, во-вторых, степень внушаемости далеко не всегда коррелирует с гипнабельностью. Установлено, что сила лечебного внушения зависит не столько от степени глубины гипнотического транса, сколько от качества сложившихся терапевтических отношений между клиентом и врачом, правильности поставленного диагноза, точности в выборе психотерапевтических мишеней, качества и четкости суггестивных обращений. Некоторые психотерапевты пробы на гипнабельность, если они положительны, используют с целью повышения своего авторитета в глазах клиента, его уверенности в успешности лечения, в подготовке его к сеансу. Также удобно применять пробы на гипнабельность при проведении научных исследований метода гинносуггестивной терапии.

Успешному проведению работы на подготовительном этапе может способствовать общение клиентов, которым предстоит гипносуггестивная терапия с теми, кто его проходит или уже успешно завершил.

К сожалению, нередко подготовительному этапу уделяется недостаточное внимание. Например, при проведении групповой гипносуггестивной терапии энуреза набирается группа без учета формы заболевания, без достаточно глубокого индивидуального предварительного обследования клиента, уточнения диагноза и т. п. Отношения клиентов с психотерапевтом при этом нередко формальны. Проводимая таким образом без должной подготовки психотерапия чревата низкой эффективностью и даже осложнениями, о которых речь пойдет далее. Это может дискредитировать гипносуггестивную психотерапию как метод.

В некоторых случаях диагностическая и разъясняющая сессии могут быть объединены.

Второй этап гипносуггестивной терапии — начало гипнотизации. Его задачи — выбор способа и погружение больного в состояние гипноза, установление раппорта, окончательное развенчание неправильных представлений клиента о гипнозе. При этом снижается присутствующая, как правило, перед началом лечения тревога, связанная с «необычностью» лечения.

Техника погружения в гипнотическое состояние во многом зависит от личностных особенностей врача и клиента, от характера возникших между ними отношений. Многочисленные способы введения в гипноз отличаются друг от друга преобладанием воздействия психотерапевта на разные анализаторы (зрительный, слуховой или тактильный) или их разнообразными сочетаниями. Так, применяются фиксация взора на блестящем предмете, монотонная тихая речь, легкие движения рук психотерапевта вблизи головы, конечностей, туловища клиента (пассы).

Условно техники гипнотизации можно разделить на две большие группы: более директивные, предполагающие пассивность и полное подчинение клиента терапевту, и менее директивные, активно вовлекающие клиента в процесс гипнотизации, предложенные в 20-е годы прошлого столетия М. Н. Erickson. Именно директивность вызывала негативное отношение к гипнозу у многих психотерапевтов, что приводило к ограничению применения этого метода. Появление менее директивных способов вновь привлекло внимание к гипносуггестивной психотерапии и способствовало ее распространению в 50-х годах в Англии, Франции, США. В России эриксоновский способ введения в гипноз стал применяться примерно в 80-е годы и находит все больше сторонников.

Примером директивного способа введения в гипноз может служить техника, описанная А. М. Свядощем (1959). Больному, расположенному на кушетке или в удобном кресле, предлагают фиксировать взгляд на блестящем предмете и говорят: «Вы будете смотреть на этот предмет по возможности не мигая. По счету «восемнадцать» глаза закроете и будете спать глубоким крепким сном... Один... два... три... Вы лежите спокойно, ни о чем постороннем не думаете... Дыхание ровное, спокойное, как во сне... Полный отдых, полный покой нервной системы... четыре... пять... веки тяжелеют все больше и больше... шесть и т.д. Восемнадцать! Глаза ваши закрываются, веки сомкнуты. Теперь вы не можете их открыть, не можете их открыть...».

Нельзя согласиться с известным детским психотерапевтом М. И. Буяновым, утверждавшим, что «внушение всегда директивно» (1990). Примером сотрудничества с клиентом может служить модификация непрямой суггестии по М. Н. Erickson — техника «телевизионная фантазия», применяемая G. Benson (1988) для введения детей в гипнотическое состояние. Ребенку предлагают удобно лечь, закрыть глаза, представить себе большой телевизор и выбрать любимую программу. Ему говорят, что при желании он может принять участие в этой программе. Ребенку предлагается сосредоточиться на передаче и голосе терапевта, не обращать внимания на другие раздражители. На последующих сессиях герой телепередачи может сформулировать проблему клиента и предложить способ решения.

Внушения на этом этапе рекомендуется проводить неспецифичные, направленные на возникновение релаксации, создание благоприятной для проведения лечебных внушений атмосферы.

Убедившись, что клиент понял и принял форму лечения, адекватно ведет себя во время сеанса, психотерапевт может переходить к следующему этапу

активного лечения. Предварительно важно примерно определить и обсудить с клиентом, сколько лечебных сеансов может понадобиться и с какой частотой их следует проводить.

Третий этап — активная гипносуггестивная психотерапия, характеризующаяся использованием специфических суггестии, связанных с проблемами клиента. Для того чтобы формулы внушения были эффективными, необходимо при их составлении учитывать данные анамнеза, интересы клиента, уровень его развития, словарный запас. Пренебрежение этим правилом может привести к осложнениям. Это можно проиллюстрировать следующим наблюдением. Однажды для введения в гипнотическое состояние ребенка 11 лет нами была применена неоднократно и успешно используемая ранее техника H. W. A. Karle, J. H. Boys (1987). Согласно инструкции клиенту в состоянии покоя предлагается вообразить себя в ванне с теплой водой, на поверхности которой плавает воздушный шарик. Обычно при этом легко возникают релаксация и ощущение комфорта. В данном случае этого не произошло. При первых же упоминаниях о ванне, теплой воде мальчик начал испытывать беспокойство. Он не открывал глаз, но выражение его лица отражало крайнюю тревогу, его руки стали хаотически двигаться. Сеанс был быстро прекращен. Ребенку было сказано, что при счете три он откроет глаза, будет уверенным в себе и спокойным. Позднее было установлено, что летом ребенок чуть не утонул, купаясь в озере.

Эффективность специфических суггестии, направленных на снижение тревоги, преодоление страхов, энуреза, психосоматических проявлений и т. п. повышается, если они носят непрямой характер. Для работы с детьми разработаны специальные лечебные суггестивные повествовательные метафоры [Crowley R. J., Mills J. C, 1985, 1986]. Например, ребенку с энурезом предлагают представить себе верблюда, который помогает нести воду, не проливая ее; при кожной форме аллергического диатеза внушают, что мелодия, исполняемая на флейте, снижает его проявления.

Универсальной формулой внушения, применяемой при невротических, психосоматических расстройствах и нарушениях адаптации у детей, является: «Ты сильный и спокойный».

Каждый сеанс желательно заканчивать формулами примерно такого содержания: «С каждым новым сеансом тебе будет все легче и легче входить в это целебное, благотворное состояния покоя и расслабления, твои творческие возможности растут и крепнут, воображение становится все более ярким и изысканным. Ты хорошо работаешь и постепенно, но неуклонно проявления болезни отступают...». Тревожным клиентам с повышенной гипнабельностью рекомендуется также добавлять следующую формулу: «Только врач и только с лечебной целью может загипнотизировать тебя!».

Важно подчеркнуть, что совсем не нужно стремиться к тому, чтобы глубина гипнотического транса была максимальной. Как уже указывалось, эффективные внушения возможны и на 2-й, и на 1-й стадиях гипноза.

На последнем *четвертом этапе* гипносуггестивной терапии решаются задачи закрепления результатов и расставания клиента с врачом. При этом

целесообразно использовать эффект постгипнотического внушения. У некоторых клиентов в процессе гипносуггестивной психотерапии возникает сильная привязанность к врачу и, как следствие, нежелание прекращать лечение. С этим могут быть связаны рецидивы заболевания, поддающегося гипносуггестивной терапии, в конце курса лечения. Предупредить это поможет сочетающееся с внушением самостоятельности, самодостаточности постоянное напоминание больному о заключенном на втором этапе контракте, оговаривающем продолжительность лечения и количество сеансов.

Классические и эриксонианские методы гипнотерапии хорошо зарекомендовали себя при лечении детей с различными видами патологии.

Если классические методы гипноза, применяемые при лечении взрослых лиц, потеряли в настоящее время свою былую эффективность, то в детской практике наблюдается противоположная картина. Это связано с тем, что у детей в силу их возрастных особенностей существует более интимная связь между психическими и соматическими функциями, что позволяет психотерапевтическим внушениям оказывать более выраженное воздействие на психику, а через нее — на организм.

Контрольные вопросы

1. Что такое состояние гипноза?
2. Какие стадии гипнотического сна различают?
3. Какие способы введения в гипнотическое состояние вам известны?
4. Какие этапы проведения сеанса гипносуггестивной терапии вы знаете?
5. Что характеризует гипносуггестивную психотерапию детей и подростков?

Список рекомендуемой литературы

1. *Брукс Д. Г.* Гипноз. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии (пер. с англ.) / Под ред. С. Робсона. — М.: Медицина, 1999. - С. 221-245.
2. *Буль П. И.* Основы психотерапии. — Л.: Медицина, 1974. — 310 с.
3. *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. — Л.: Медицина, 1982. — 216 с.
4. *Хип М., Драйден У.* Гипнотерапия (пер. с англ.). — СПб.: Питер, 2001. - 342 с.
5. *Шерток Л.* Гипноз (пер. с франц.). — М.: Медицина, 1992. — 224 с.



АРТТЕРАПИЯ — ТЕРАПИЯ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНЫМ ИСКУССТВОМ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Арттерапия (терапия изобразительным искусством) возникла в 30-е годы XX века. В настоящее время этим термином нередко обозначают все виды занятий искусством, которые проводятся в лечебных учреждениях и центрах психического здоровья (изотерапию, музыкотерапию, танцевальную терапию), хотя многие специалисты считают такое определение широким и неточным. Эффективность применения искусства в контексте лечения основывается на том, что этот метод позволяет экспериментировать с эмоциями и чувствами, исследовать и выражать их на символическом уровне [Rudestam K. E., 1993].

На начальных этапах терапия искусством отражала представления психоанализа, согласно которому конечный продукт творчества клиента, будь то что-то нарисованное карандашом, написанное красками, вылепленное или сконструированное, расценивается как выражение неосознаваемых процессов его психики. Считалось, что образы художественного творчества отражают все виды подсознательных процессов, включая страхи, конфликты, комплексы, воспоминания детства, мечты, то есть те феномены, с которыми работают представители классического психоанализа.

3. Фрейд (1963) подчеркивал: «мы переживаем мечту в основном в зрительных образах». При этом возможны чувства, могут вплетаться и мысли, а также могут возникнуть ощущения в других модальностях, но, тем не менее, это, прежде всего, именно зрительные образы. Трудности осознания мечты заключаются в необходимости перевода языка образов в слова. «Я могу нарисовать ее, — часто говорит нам человек о своей мечте, — но я не знаю, как ее выразить словами».

3. Фрейд (S. Freud) не использовал арттерапию в работе с клиентами. Однако его ближайший ученик, C. G. Jung (1963), настойчиво предлагал клиентам выражать свои мечты и фантазии в рисунках, рассматривая продукты творчества как одно из важнейших средств изучения индивидуального и коллективного бессознательного, проявляющегося через образы и символы. Тем самым он оказал большое влияние на тех, кто занимается терапией искусством [FurthG. M.,1988].

В настоящее время в рамках арттерапии можно выделить два направления. Сторонники первого, специалисты в области профессиональной и восстановительной терапии, рассматривают искусство как самодостаточное лечебное средство [Kramer E., 1975, 1978]. Они подчеркивают значение создаваемых произведений в противовес собственно терапии и исключают из лечебной практики те приемы, в которых творческий процесс не является ведущей целью. Сторонники второго направления, напротив, преуменьшают чисто художественные цели в пользу терапевтических [Naumburg M.,1966]. Они имеют хорошую клиническую подготовку и считают, что арттерапия может быть как независимым терапевтическим приемом, так и вспомогательным средством для других психотерапевтических подходов. Однако оба этих направления рассматривают изобразительное искусство как средство интеграции и реинтеграции личности [Ulman E., 1975].

Многие специалисты в области арттерапии испытали большое влияние со стороны гуманистической психологии и пришли к заключению, что гуманистические теории личности представляют более подходящую основу для их работы, чем психоанализ [Hodnett M. L., 1972]. Они считают, что художественное творчество отражает экспериментирование и рост личности, раскрывает ее перспективы, развивает функции ориентации в пространстве и стимулирует активность. Главное в арттерапии с их точки зрения — это внутренний поиск способа самовыражения, а не активный поиск проблем, которые надо решить, и переживаний, которые надо актуализировать.

Отметим, что помимо психодинамического и гуманистического, в настоящее время формируется когнитивно-поведенческий подход в арттерапии [Rubin J. A., 1987].

Первый опыт использования арттерапии в практике детского консультирования относится к коррекции эмоционально-личностных проблем у детей, эмигрировавших в США из фашистской Германии. Детские рисунки в терапии выступают как способы: реализации детского знания; смягчения затруднений и понимания понятий; упорядочивания представлений об окружающем мире; средство самомоделирования и самоосознания в нем аналогично тому, как это происходит в игре [Хоменко К. Е., 1980; Выготский Л. С, 1987; Хайкин Р. Б., 1992]. Поэтому основная *цель арттерапии заключается в развитии самовыражения и самопознания ребенка через искусство, а также в развитии способностей к конструктивным действиям* с учетом реальностей окружающего мира [Kramer E., 1975]. Как указывал R. Arnheim (1994), произведение изобразительного искусства всегда является не «иллюстрацией» к мыслям автора, а конечным проявлением этого мышления. Отсюда вытекает важнейший принцип арттерапии — *одобрение и принятие* всех продуктов изобразительной деятельности ребенка, независимо от их содержания, формы и качества.

В литературе, посвященной терапевтическим функциям рисования, подчеркивается особая роль искусства как гармонизирующего фактора, способствующего возникновению чувства внутреннего контроля и порядка. Обсуждается коммуникативная роль совместного рисования; возможность с помощью изобразительного творчества добиться катартического эффекта, изменения самооценки и преодоления фрустрации, а также катализирующая функция рисунка, облегчающая психотерапевтический контакт [Бурковский Г. В., Хайкин Р. Б., 1982, Хайкин Р. Б., 1992, Ghadirian A., 1972].

Спонтанные рисование и лепка позволяют проявлять, осознавать, а также выражать и тем самым отреагировать различные инстинктивные импульсы и эмоциональные состояния, которые порой кажутся непреодолимыми. Иногда невербальное средство оказывается единственным инструментом, вскрывающим и проясняющим интенсивные чувства и убеждения. Рисунок способствует преодолению вытеснения, прорыву содержания подавленных комплексов в сознание и переживанию сопутствующих им отрицательных эмоций. Это особенно важно для детей, которые не умеют или не могут выговориться, тем более, что нарисовать фантазии легче, чем о них рассказать. Фантазии, бу-

дучи изображенными на бумаге, нередко ускоряют и облегчают вербализацию переживаний [Landgarten H.. 1981; Furth G. M.,1988]. Как и во сне, в рисовании осуществляется смещение и сгущение образов. Поэтому в результате изотерапии человек реальнее оценивает свои ощущения окружающего мира и свои нарушения. Рисование, как и сновидение, снимает барьер эгоцензуры и посредством творчества открывает путь к выражению бессознательных идей в символической форме. Отсюда одним из специфических вариантов арттерапии выступают зарисовки сновидений и возникающих во сне чувств [Jung С. G., 1963].

Преимущества рисования заключаются в том, что оно требует симультанного, согласованного участия многих компонентов психических процессов и потому в детстве экономичнее и эффективнее других видов деятельности [Чередникова Т. В., 2000]. Переходя от рисования к обучению детей другим формам отражения действительности (лепке, строительству из песка, письму, рассказу), можно целенаправленно корректировать подсознательные очаги их напряженности и агрессивные чувства [Allan J., 1997, Oaklander V., 1997]. Нередко серийные рисунки очень наглядно отражают движение от первичных чувств ярости, печали, потери контроля и беспомощности к самостоятельному анализу очень неприятных переживаний.

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В АРТТЕРАПИИ

Основным *механизмом коррекции* во всех случаях выступает *сублимация,* которая опредмечивает аффекты в социально приемлемой манере в продуктах творческой деятельности. Специалист использует полученную из анализа этих продуктов информацию, свои знания и опыт, чтобы помочь ребенку как можно точнее выразить свое эмоциональное состояние. Это ускоряет прогресс в терапии.

Помимо сублимационной, выделяют также проективную арттерапию. Специфика *проективного рисования* заключается в том, что ребенку намеренно предлагают сюжет проективного характера, а потом обсуждают рисунки и интерпретируют их. Важным требованием к содержанию темы рисования является ее потенциальная способность к катализу последующего обсуждения. Творческая продукция, ввиду ее реальности, не может отрицаться клиентом. Содержание и стиль художественной работы предоставляет терапевту огромную информацию, при этом сам автор может внести вклад в интерпретацию своих творений. Поэтому более благодарным является выдвижение тем, связанных с анамнестическими моментами [Бурковский Г. В., Хайкин Р. Б., 1982]. Последняя форма особенно адекватна для больных неврозами, поскольку им свойственна массивная личностная защита, утонченное скрытие своих конфликтов. Длительная работа над заданной темой, создание серийных проективных рисунков требуют большой концентрации на

проблеме. Следствием этого может быть ее более ясное понимание («кристаллизация проблемы»), большая возможность рассмотрения со стороны, и, значит, для формулирования, отчуждения и отреагирования. Если отреагирование не оказалось достаточным, терапевтический эффект может быть усилен при обсуждении рисунков, поскольку клиент вынужден еще раз «окунуться в проблему». Подчеркивают, что без обсуждения рисунков с врачом или с группой клиент сам может не увидеть своих проблем, то есть того, что другие легко видят в его рисунках. Таким образом, рисунок и его обсуждение усиливают чувства идентичности ребенка, помогают ему узнать себя и свои возможности.

Дети часто и легко изображают себя в рисунках, уделяя себе, как и в играх, большое внимание. Их эмоциональные установки сказываются на темах рисования [Thomas G. V., Jolley R. P., 1998]. Положительный результат рисования может быть даже при непосредственном изображении конфликта — разрешая его магически, как в детской игре. Поскольку дети чувствуют и понимают больше, чем могут это выразить словами, особенно в конфликтных ситуациях, где происходят накопление переживаний и эмоциональный «тормоз», рисунок дает ребенку возможность преодолеть психологический барьер неуверенности и разобраться в себе. О таком отреагировании в процессе рисования детьми-невротиками пишет А. И. Захаров (1982). Практически любой детский рисунок — это особый материал, который, помимо художественно-творческого начала, имеет важный коммуникативный смысл и, благодаря легко проявляющейся проекции, отсутствию обдумывания, «цензуры», содержит обильную и доступную информацию об авторе.

В. Н. Мясищев (1960) считал, что рисование (как деятельность) делает больного не только объектом, но и субъектом лечебного процесса. Ребенок получает возможность производить и демонстрировать окружающим свое умение и достижения в виде конкретных результатов. Рисование отвлекает его от болезненных переживаний, снимает напряжение, успокаивает. Возвращает ощущение собственной ценности, устраняет сомнения в собственных способностях к достижению успеха [Ghadirian A., 1972]. Совместное рисование помогает детям преодолевать страх перед неспособностью рисовать [Никольская И. М., Бардиер Г. Л., 1996]. Элементы совпадения в художественном творчестве детей может также ускорить развитие эмпатии и положительных чувств.

Использование рисовальных игр (squiggle) также позволяет больным и здоровым детям выявить и побороть конфликты, происходящие в их жизни. Использование игр «Рисование историй» также позволяет больным и здоровым детям выявить и разрешить конфликты, происходящие в их жизни. Это в равной степени относится как к детям, не отягощенным психиатрическими проблемами, так и к случаям сочетания сложных психологических проблем с патологией. Ребенок по очереди с терапевтом рисует линии на бумаге, а потом оба придают картине некоторое терапевтическое значение [Winnicott D. W., 1971; Claman L., 1980]. С. Гэбл (1984) ввел в эти игры модификацию: психотерапевт рисует линию и просит клиента дополнить это

таким образом, чтобы получилась история. Когда рисунок закончен, задаются вопросы: «Кто это?», «Что здесь происходит?». Далее клиент рисует линию на новом месте, а психотерапевт развивает это в рисунок, который является продолжением первой картинки. Так должна появиться серия рисунков, по которой можно рассказать историю, ее обсудить и даже придумать альтернативное завершение.

Арттерапия достигает статуса продуктивной формы психологической коррекции в 6~10 лет, так как в этом возрасте дети способны использовать художественные материалы для символической экспрессии и коммуникации. В отличие от игры, участие взрослого в творческой деятельности ребенка с возрастом приобретает все большую ценность [Kramer E., 1975]. Однако рисование к подростковому возрасту в основном исчерпывает свои биологические функции и его адаптивная роль снижается. Его становится недостаточно, чтобы обеспечить оптимальный режим работы психики, начинающей работать на более высоком уровне абстракции. Центральное место занимает слово, позволяющее легче, чем рисование, передавать сложные, внутренние отношения, движения, события [Выготский Л. С, 1983]. Тогда одной из распространенных психокоррекционных процедур становится использование рассказов. Это может быть сочинение историй, чтение и обсуждение литературных произведений, завершение незаконченных предложений, написание рассказов, стихов, сказок, серийные сочинения. Для стимуляции этого процесса привлекают разнообразные предметы (картинки, разрезные картинки, проективные тесты, детские рисунки, куклы, театральный реквизит и пр.) [Gardner R. A., 1971, Brett D., 1996, Allan J., 1997, Oaklander V., 1997]. Таким образом, следующий этап творческого самовыражения и терапии, наступающий в юности, больше связан с речью (поэзия, литература).

Арттерапия в отечественной практике психотерапии детей делает первые, но весьма убедительные шаги. Арттерапия выступает как в качестве самостоятельного метода психотерапии, так и в качестве элементов, интегрируемых в другие методы психотерапии — групповую, семейную, различные модели эклектической и интегративной психотерапии.

Собственный опыт психотерапии детей и подростков с невротическими расстройствами показывает, что применение арттерапии в качестве самостоятельного метода в рамках конструктивного альянса клиента и психотерапевта способствовало излечению либо достижению ремиссий высокого качества.

Контрольные вопросы

1. Что такое арттерапия?
2. Какие функции в терапии выполняют детские рисунки?
3. В чем состоит основная цель терапии изобразительным искусством у детей?
4. Почему основным механизмом психологической коррекции в арттерапии считается сублимация?
5. В чем состоит специфика проективной арттерапии?

Список рекомендуемой литературы

1. *Аллан Д.* Ландшафт детской души. — СПб.; Мн.: ЗАО «Диалог» — ИП «Лотаць», 1997. - 256 с.
2. *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. — М.: Медицина, 1982. — 216 с.
3. *Оклендер В.* Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии. — М.: Независимая фирма «Класс», 1997. — 336 с.
4. *Хайкин Р. Б.* Художественное творчество глазами врача. — СПб.: Наука, 1992. - 232 с.



ИНТЕГРАТИВНЫЕ И ЭКЛЕКТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Психотерапия периода взросления должна отвечать специфическим потребностям этой жизненной фазы. В частности, оправдали себя следующие принципы [Эйдемиллер Э. Г.,1994; Кулаков С. А.,1997; Ремшмидт Х.,1994, 2000].

1. Критерием необходимости проведения психотерапии при психических расстройствах детского и подросткового возраста служит выявление отклонений, угрожающих нормальному возрастному развитию ребенка, и в том случае, когда энергия клиента тратится на преодоление внутренних и внешних конфликтов, а не на выполнение задач развития.

2. Тщательная диагностика перед назначением психотерапии. Она должна основываться на медицинском и психологическом обследовании с использованием современных методов. В современной детско-подростковой психиатрии обязательно оцениваются моменты, важные для формулирования психотерапевтических целей, например, уровень развития, интеллект, особенности личности, школьная и семейные проблемы. Эти аспекты включены в многоосевую диагностику психических заболеваний детского и подросткового возраста.

3. Объем и выбор последовательности психотерапевтических вмешательств зависит от степени выраженности симптоматики; наличия внутриличностных и(или) межличностных конфликтов; физического состояния клиента; продолжительности нарушений; количественных и качественных отклонений в эмоциональной, поведенческой, мотивационной сферах; искажения образа Я; дисфункциональных семейных отношений; мотивации на работу; субъективного отношения к имеющимся нарушениям, которые могут быть эго-синтонными, эго-дистонными; отношения микросоциального окружения к изменениям. В случае сочетания нескольких расстройств у одного клиента следует ранжировать актуальность проблем для него и его семьи.

4. Индивидуальная и групповая психотерапия у детей и подростков учитывают следующие моменты: направленность на конкретное содержание; учет актуальности проблемы для клиента; необходимость тщательной обработки информации; разграничение целей работы с ребенком и родителями; оценка личностных ресурсов, которые могли бы стать резервом для усиления стратегий совладания с трудностями (копинг-механизмов); директивный стиль проведения занятий и активность психотерапевта. Врач должен отказаться от дистанции в общении, активно вторгаться в процесс лечения и, несмотря на в целом благожелательную и открытую атмосферу, твердо отстаивать свою точку зрения. Позиция психотерапевта не над клиентом, а рядом с ним.

5. Выбор адекватной формы проведения психотерапии. Определенные психотерапевтические методы должны применяться при определенных типах расстройств. Принцип специфичности требует выбора такого метода воздействия, который наиболее приемлем и эффективен именно при данном варианте патологии. Речь может идти и о комбинации нескольких форм психотерапии, которые в конкретном случае имеют наибольшие шансы на успех.

6. Гибкость психотерапевтической тактики. Психотерапевт не должен действовать по схеме. Следует быть готовым обсуждать с клиентом то, что его интересует, если этого требует ситуация. Часто бывает необходимо прибегнуть к другим видам активности (например, обсуждение проблем в ходе совместной прогулки).

7. Соответствие возрасту и уровню развития. Избегание сильной фрустрации. Дети и подростки с характерной для них боязнью неудачи (фрустрирующий опыт общения с подавляющими значимыми взрослыми) тяжело переносят фрустрацию в ходе психотерапевтического процесса. Она может возникнуть в результате слишком высоких требований врача к интроспективным и вербальным способностям клиента, к его фантазиям, от долгих пауз в разговоре, в результате морализаторских оценок, или как реакция на подавляющий стиль психотерапевта.

8. Усиление функций Я и осторожность с использованием управляемой психотерапевтической регрессией (УПР)*. Важная задача психотерапии детей и подростков — усиление Я клиента. В то же время допускать регрессию поведения необходимо. Следует исходить из целей приспособления к реальности, овладения ею.

9. Предоставление коррективного эмоционального опыта. Обсуждая с психотерапевтом обстоятельства своей жизни, клиент получает возможность приобрести новый эмоциональный опыт. Предпосылкой возникновения такого опыта служит установка психотерапевта на специфические возрастные проблемы, с которыми ребенок мог прежде и не сталкиваться.

10. Сочетание индивидуальной психотерапии с другими видами психотерапии, особенно групповой и семейной. Преимущество групповой психотерапии заключается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия распределяется между участниками группы. С другой стороны, снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с ровесниками. Психотерапия у детей и подростков не может не быть интегративной, так как идет постоянно параллельная психотерапевтическая работа с родителями.

11. Подключение семейной психотерапии, нацеленной на устранение нарушений границ между семейными подсистемами, разрешение семейных конфликтов, приводит к снижению частоты рецидивов пограничных психических расстройств. Задачей семейной психотерапии у детей и подростков часто служит не решение всех семейных проблем, а только относящихся к «проблемному» юному клиенту. При формулировании психотерапевтического

* Управляемая психотерапевтическая регрессия (термин предложен Э. Г. Эйдемиллером, 2002) — оживление в памяти переживаний, образов, связанных с фрустрациями ребенка на более ранних этапах онтогенеза. В отличие от механизма психологической защиты «регрессия» УПР характеризуется тем, что согласие на проигрывание фрустрируюших ситуаций носит осознаваемый характер, а сама регрессия достигает той глубины, которая диктуется психотерапевтическим запросом. УПР приводит к коррекции жизненного опыта клиента.

запроса психотерапевт нередко ограничивается уровнем осознания родителями себя как неэффективных в родительской роли.

12. Создание наилучших условий для проведения психотерапии. Это подразумевает решение трех проблем: где проводить лечение (в стационаре или на дому); какой подход (индивидуальный или групповой) использовать и определить сроки психотерапии (долгосрочная, краткосрочная). Эти проблемы всегда следует решать, опираясь на данные об эффективности отдельных методов и учитывать возможности создания доверительных отношений с ребенком, подростком и семьей.

13. Большинство психотерапевтов, практикующих краткосрочные модели психотерапии, стремятся достигнуть одной или более из следующих целей: как можно быстрее убрать или уменьшить симптоматику; восстановить эмоциональное равновесие; развить понимание клиентом своего расстройства; усилить копинг-механизмы; выявить у больного ребенка и в его семье защитные факторы и ресурсы к самоизлечению; расширить временную перспективу; восстановить прежний уровень функционирования. Свободные от тяжелой психопатологии клиенты считаются лучшими кандидатами для краткосрочной психотерапии.

14. Эффективность психотерапии определяется в параметрах достижения поставленных личных целей и качественных изменений в поведении ребенка в социальных ситуациях, группе ровесников, семье, школе, повышении уверенности в себе, усиления копинг-поведения взамен психологической защиты, устранении искажений образа Я.

ОСНОВНЫЕ МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ

Вариантом функционального поведенческого анализа является составление мультимодального профиля [Lazarus A. A.] — специфически организованного варианта системного анализа, проводимого по 7 направлениям — BASIC-ID (по первым английским буквам: bechavior, affect, sensation, imagination, cognition, interpersonal relation, drugs — поведение, аффект, ощущения, представления (образы), когниции, интерперсональные отношения, лекарства и биологические факторы). В практике это необходимо для планирования вариантов психотерапии и для обучения начинающих врачей-психотерапевтов методам когнитивно-поведенческой психотерапии. Использование мультимодального профиля позволяет лучше войти в проблему клиента, соотноситься с многосевой диагностикой психических расстройств, дает возможность одновременно наметить варианты психотерапевтической работы.

Пример. Элеонора А., 18 лет, студентка I курса, обратилась к психотерапевту с жалобами на раздражительность, повышенную мнительность, тревожность, появление неприятных ощущений в горле и страх подавиться пищей.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родители в разводе в течение 3 лет. Ранний анамнез без особенностей. С детства у клиента отмечались черты тревожно-мнительного характера, повышенное чувство ответственности. В 3-м классе после конфликта с учителем мать отметила эпизод, когда девочка ощущала, что пища застревает в горле. Училась всегда хорошо, отличалась чувством долга и прилежанием.

10-й и 11-й классы заканчивала в Санкт-Петербурге, куда ее семья переехала из Казахстана. Жила у бабки с дедом в коммунальной квартире, где еще проживали и другие ее родственники. Испытывала большие трудности в учебе, проходя усиленную подготовку в математическом классе. Пыталась доказать одноклассникам, что она не хуже других, хотя и приехала из провинции. Практически все жизненные интересы сосредоточились на учебе. В конце 11-го класса мать, завершив свои дела в Казахстане, также стала жить с ней вместе. Мать излишне опекала девушку, ходила с ней в музеи, в гости.

Поступила в институт экономики и финансов на вечернее отделение. Вскоре после зачисления решила сдать на «отлично» первую сессию, чтобы перейти на дневное отделение (это удалось впоследствии осуществить).

В ноябре того же года ее физическое состояние ухудшилось. Перед приемом пищи (особенно хлеба и всех крошащихся продуктов: халвы, орехов и пр.) возникало внутреннее напряжение. Сосредотачивалась в основном на процессе еды, смотрела только на тарелку, не отвлекалась ни на разговоры, ни на что другое. Сам вид пищи или сорт мог вызвать неприятное ощущение напряжения в левой шейно-подчелюстной области по типу мышечного спазма; волновалась, если кто-то из родственников ел и разговаривал; боялась, когда мать ела семечки и не мыла руки, подходя к ней. Казалось, что шелушинки могли пристать к рукам матери и потом каким-то образом «залететь» ей в горло. Понимала нелепость этих представлений, но справиться с ними не могла. Снизилось настроение. Просила врачебной помощи: «Иначе не могу так жить». Диагноз: обсессивно-компульсивное расстройство.

Функциональный поведенческий анализ установил следующие закономерности, отраженные в табл. 30.

После подробного варианта изучения «поперечника поведения» оставалось запланировать последовательность применения психотерапевтических приемов.

Поведение

Используются все поведенческие приемы, усиливающие или ослабляющие проблемное поведение.

Репетиция поведения. Психотерапевт воспроизводит с клиентами альтернативные способы поведения в определенных ситуациях. Работу можно записать на аудио- или видеомагнитофоны, дома рекомендуется прослушать или просмотреть запись еще раз. Закрепить на практике приобретенные навыки в реальных ситуациях.

Моделирование. Психотерапевты представляют клиентам ролевые модели поведения, заставляя их подражать этим моделям. Психотерапевты могут сами продемонстрировать уверенное поведение (например, возвращение товара с браком в магазин в реальной жизненной ситуации).

Таблица 30

Мультимодальный профиль пациентки с обсессивно-компульсивным расстройством

Модальность	**Описание**	**Возможные варианты психотерапии**
Поведение	Избегание общения **из-за** боязни продемонстрировать симптом	Тренинг уверенного поведения,групповая психотерапия
Аффект	Тревога, страх	Исследование угрожающих последствий, парадоксальные приемы
Ощущения	Чувство напряжения в шее	Прогрессивная мышечная релаксация
Представления	Навязчивое представление о возможности подавиться пищей	Систематическая десенситизация
Когниции	Иррациональные мысли о собственной малоценное™, установки «долженствования»	Работа с дисфункциональными мыслями, рефрейминг
Интерперсональные отношения	Симбиотическая связь с матерью	Семейная психотерапия
Медикаменты и биологические факторы	Принимает транквилизаторы	Снижение и полная отмена по мере успешного применения психотерапии

Игнорирование. Не проявляя внимания к определенным видам поведения, психотерапевты и другие люди из микросоциального окружения могут облегчить угасание неадекватного поведения у клиентов.

Положительное подкрепление. Для усиления определенного поведения клиента, психотерапевты могут применять социальные подкрепляющие стимулы, такие как похвала, признание, поддержка. При работе с детьми и подростками психотерапевты иногда используют материальные подкрепляющие стимулы, например лакомства и деньги. Психотерапевты также могут применять разновидности жетонной системы, поведенческие контракты.

Наблюдение и самоконтроль. Психотерапевты побуждают клиентов заниматься систематическим наблюдением, составлением таблиц и/или анализом целевого поведения.

Контроль стимула. Отсутствие или присутствие определенных стимулов определяет частоту, с которой встречается данный вид поведения. Например, клиентам с ожирением не следует держать дома закуски и десерты. Учащимся, которые стараются улучшить учебную деятельность, рекомендуется устранить со своего рабочего стола отвлекающие стимулы и сидеть за ним только во время выполнения учебных заданий.

Систематическая десенситизация. Психотерапевты советуют клиентам постепенно погружаться в вызывающие страх ситуации. Для преодоления избегающего поведения можно использовать многие дополнительные методы, такие как репетиция цели или развитие копинг-воображения.

Аффект

Обучение выражению гнева. Психотерапевты учат клиентов признавать наличие у себя агрессии и выражать свой гнев. Приводим одну из техник, стимулирующую клиентов вступить в контакт с испытываемыми ими агрессивными чувствами. Психотерапевты терпеливо добиваются от клиентов все более и более громкого произнесения фразы: «Я в гневе» и побуждают их сжимать или пинать обычные пуховые подушки и различные надувные резиновые изделия.

Тренинг навыков, позволяющих управлять тревогой. Сначала психотерапевты обучают релаксации, а затем репетиции цели или использования копинг-воображения. Следующим этапом служит умение генерировать вызывающие тревогу мысли и образы и вызывать при этом расслабление, фокусируя внимание на приятных ощущениях, оспаривать иррациональные идеи и концентрироваться на рациональных ответах.

Идентификация чувств. Точное обозначение чувств — один из составляющих элементов этой техники. Например, клиенты могут говорить, что у них «депрессия», в то время как имеющиеся у них симптомы указывают скорее на «тревогу». При идентификации чувств главную роль играет изучение эмоциональной сферы клиента; психотерапевты помогают клиентам дифференцировать эмоции. Для подростков используется и словарь эмоций.

Использование пустого стула. Клиент находится перед пустым стулом и воображает, что этот стул занят значимым другим человеком. Клиент начинает диалог с этим другим человеком и затем периодически меняется с ним ролью. Психотерапевты могут подсказывать клиентам, что следует говорить; например, психотерапевт может посоветовать клиенту: «Попросите ее точно сообщить вам, какого ответа она ждет от вас». Использование пустого стула помогает клиентам не только признавать и выражать собственные чувства, но и разобраться в точке зрения других людей.

Ощущения

Фокусировка и усиление. Психотерапевты побуждают клиентов, находящихся в расслабленном состоянии, настраиваться на спонтанно возникающих у них чувствах и ощущениях до тех пор, пока не появится состояние, которое можно легко описать. После нескольких минут интенсивной фокусировки внимания клиенты по просьбе психотерапевтов делают попытку сделать вывод из возникших ощущений, образов и эмоций.

Гипноз. Комбинации гипноза с поведенческой психотерапией увеличивает эффективность последней. Принципиальным является проведение всех поведенческих методов в состоянии гипнотически измененного сознания. Так, традиционные имагинативные когнитивные методы, например, систематическая десенсибилизация или скрытое моделирование проводится с использованием гипнотического трансового наведения.

Используют следующие феномены гипноза:

— изменение произвольной моторики (типичным является каталепсия рук); левитация рук используется для усиления расслабления;

— изменение в функционировании нервной системы; правое полушарие сильнее активируется и снабжается кровью; практикуется при недостатке кровообращения;

— при внушении покоя снижается уровень симпатического реагирования и выброс катехоламинов;

— суггестия приводит к индивидуальному когнитивному переструктурированию;

— аллергические реакции снижаются под воздействием гипноза;

— управляемая психотерапевтическая регрессия (УПР).

УПР используется для реконструкции ранних событий. Этим же целям служит временная проекция (вперед или назад). Временную проекцию, или «легкую пробежку по времени», можно использовать для того, чтобы помочь клиентам вновь пережить прошлые события и проработать их (повторное переживание и отреагирование). Кроме того, клиенты могут воображать события, которые, возможно, произойдут в будущем. Например, клиенты, пребывающие в состоянии депрессии, могут представлять, что они занимаются все более и более продуктивной деятельностью. Также полезно представить, как могло бы выглядеть настоящее, если бы удалось взглянуть на него в будущем, опираясь на ресурсные аспекты личности:

— амнезия для исключения мыслей определенного содержания, блокировка мыслей, впечатлений, опыта боли, нарушений влечений, которые весьма болезненны для личности;

— изменение времени во время гипноза может привести к субъективному замедлению или ускорению времени. Сокращение времени используется, например, при страхах, сексуальных проблемах, болевых приступах, кризах влечений;

— диссоциация, в этом случае отделяется собственное личностное восприятие от желаний, эмоций. Это полезно при особенно болезненных переживаниях и при лечении страха

Медитация. Психотерапевты используют различные методы медитации и обучают ей клиентов.

Тренинг релаксации. Клиентов обучают краткому или полному варианту прогрессирующей мышечной релаксации, предполагающей поочередное напряжение и расслабление каждой мышечной области (см. главу 27).

Библиотерапия. Осуществляется подбор художественной и научной литературы по проблеме клиента.

Образы (представления). Использование образов, предохраняющих от возможного шока. Эта техника помогает готовить клиентов к изменениям, которые, вероятно, произойдут в ближайшие месяцы или годы (например, к превращению в родителя, окончанию школы, переезду на новое место жительства). Психотерапевты побуждают клиентов мысленно представлять, как они справляются с этими переменами.

Ассоциативное воображение. Если клиенты испытывают нежелательные эмоции, которые они не способны объяснить, психотерапевты могут попросить клиентов немедленно сосредоточиться на любом возникающем в их воображе-

нии образе и увидеть его настолько ярко, насколько это возможно. Новые появляющиеся образы следует представлять как можно четче. Если последние не появляются, первоначальный образ нужно изучить как бы через увеличительное стекло, причем при этом могут быть выявлены другие образы, за развитием которых целесообразно проследить. Клиенты нередко говорят, что им удалось понять суть многих явлений, благодаря использованию этой техники.

Репетиция цели, или использование копинг-воображения. Клиентов обучают разбивать на отдельные элементы шаги, имеющие отношение к предстоящим неприятным событиям. Клиенты должны представлять себя колеблющимися, но добивающимися успеха при совершении каждого шага. Например, девушка, питавшая отвращение к больницам, поставила перед собой цель посетить и поддержать больного друга. Она вообразила, что справилась с трудностями, связанными с посещением больницы, и получила удовольствие, оказав помощь другу.

Использование позитивных образов. Использование позитивных образов предполагает мысленное представление какой-либо приятной сцены, реальной или предполагаемой, связанной с прошлым, настоящим или будущим. Положительные эффекты позитивных образов включают в себя снижение тревоги, улучшение настроения.

Техника преувеличения. Психотерапевты просят клиентов, чрезмерно обеспокоенных каким-либо предстоящим событием (например, публичным выступлением), представить самое худшее, что только можно вообразить, а затем представить, как они справляются с возникшей трудной ситуацией и им удается уцелеть при самых отрицательных результатах. Некоторые клиенты должны не только освоить технику преувеличения, но и развить у себя навыки самоинструкций (см выше).

Кататимно-имагинативная символодрама. Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов, «внутренних картин» на заданную психотерапевтом тему (мотив). Психотерапию по методу символодрамы можно представить как некую трехмерную систему координат, где одну ось представляет работа с конфликтами (первая составляющая), другую — работа, направленная на удовлетворение архаических потребностей (вторая составляющая) и третью — работа, нацеленная на развитие креативности клиента (третья составляющая).

Когнитивные приемы

Ригидные иррациональные установки нередко выполняют роль психологической защиты и препятствуют изменениям. В беседе с клиентом необходимо вникнуть в систему правил проблемного поведения, придерживаясь принципов позитивной трактовки симптома и поведения. Нарушения поведения (симптомы) возникают в результате собственных гипотез, нередко не имеющих аргументов для их подтверждения. На одном из занятий необходимо выяснить, кто и для чего это правило создал и нет ли конфликта между правилами. На этих принципах построена рационально-эмоциональная терапия (РЭТ) Эллиса [Ellis A., 1990] и когнитивная терапия Бека [Beck A.,

1976]. Оба автора признают связь когнитивных и поведенческих переменных при доминирующем значении первых.

Иррациональные установки имеют следующие характеристики: неосознаваемы, сверхгенерализированы, имеют характер предписания, носят вероятностный характер, связаны с длительными или неадекватными ситуациям эмоциями.

Рациональные установки имеют следующие характеристики: легко осознаваемы, носят характер пожелания определенного развития событий, пластичны, легко перестраиваемы.

В соответствии с постулатом ABCDE Эллиса (ABCDE, где A — «antecedents» — что предшествовало поведению, B — «behavior» — поведение, а также мысли и чувства, его сопровождающие, C — «consequences» — последствия поведения для клиента и его окружения, D — «dispute» — диспут, дискуссия, E — «effect» — эффект) в тех случаях когда человек соприкасается, просто думает, что соприкасается со стимулами или активирующими событиями (A), которые он интерпретирует как способствующие достижению целей, обычно он явно или неявно (бессознательно) выбирает для себя адекватные реакции, убеждения (B), что ведет к положительным следствиям (C). Например, жена накричала на мужа за невыполненное поручение («Наверное, она устала!» — думает муж). Иррациональные убеждения или дисфункциональные установки составляют ядро когнитивных систем, способствующих появлению нарушений. Практически всем людям присуще стремление превращать взгляды, которых они придерживаются, в непоколебимые догмы. Активирующее событие A — неодобрение окружающих — воспринимается как негативное, оценивается с точки зрения такой догмы B и ведет к неблагоприятным следствиям C, выражающимися в чувстве паники, депрессии или агрессии, дисфункциональном поведении, в отстранении от действительности, откладывании необходимых действий на неопределенное время, злоупотреблении спиртным или проявлениях насилия.(В приведенном выше примере можно выразить мысли следующим образом: «Я не должен отвечать агрессией по отношению к женщине, но мне тоскливо, пойду выпью с друзьями!»). У активизирующих событий (A), убеждений (B) и следствий (C) почти всегда имеются когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты. Взаимодействия между системами ABC двух людей могут иметь самые разнообразные проявления, а в семье, состоящей из трех и более человек, они могут усложняться практически до бесконечности.

При работе с иррациональными установками необходимо их заменить на рациональные. Если установки нереалистичны (например, «Я должен всем нравиться», «Другие люди не должны совершать ошибки», «Жизнь должна быть справедливой»), клиенту объясняют, что он предъявляет иррациональные требования к самому себе, к другим людям и к окружающей среде. Вместо этого он может сформулировать реалистические правила, например: «Я предпочитаю, чтобы меня любили, но нельзя ожидать проявлений любви от каждого».

Предпочтение точного восприятия. Клиента убеждают в том, чтобы избегать приклеивать себе и другим слишком негативные или слишком пози-

тивные ярлыки. Учат проводить различие между фактом и предположением и делаеть как можно более точные выводы.

Точное объяснение причины. Стремитесь точно объяснить причины событий. Избегайте принимать на себя чрезмерно большую ответственность — не прибегаете к интернализации («Это — только моя вина») или к экстернализации («Это — исключительно их ошибка»).

Реалистичное предсказание. Инструкция: «Вы реалистично представляете, какова степень риска и вознаграждения, связанных с совершением определенных действий. Вы точно оцениваете угрозы и опасности. Вы избегаете искажения соответствующих доказательств, не проявляя необоснованного оптимизма или, наоборот, пессимизма. Ваше представление о своей способности выполнять задачи вполне адекватно».

Постановка реалистических целей. «Ваши кратко- и долгосрочные цели отражают вашу систему ценностей, они реалистичны, конкретны и имеют соответствующее отражение во временной перспективе.

В процессе психотерапевтической работы старые (иррациональные) правила вычеркиваются и заменяются другими — позитивными (рациональными)».

Тренинг навыков самоинструктирования (см. главу 27).

Клиент может начать с прямой вербализации, которая со временем станет частью поведенческого репертуара. Клиентов обучают прямым инструкциям, которые в ряде случаев переходят в «контр-инструкции» страху, агрессии, и другим нарушениям поведения. Справиться с ситуацией позволяют три главные функции разговора с самим собой, успокоение, тренировка и подтверждение. Примером успокаивающей самоинструкции может быть такое наставление: «Держись спокойно». Образец тренирующей самоинструкции может быть следующим: «Разберись с этой задачей». Пример подтверждающей самоинструкции — «У меня есть навыки, которые позволят мне справиться с этой ситуацией». Часто три эти вида инструкций объединяют: «Держись спокойно. Разберись с этой задачей. У меня есть навыки, которые позволят мне справиться с этой ситуацией».

Межличностные отношения

Часто осуществляют сочетание индивидуальной психотерапии с другими видами психотерапии, особенно групповой и семейной. Преимущество групповой психотерапии заключается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия умножается за счет усилий участников группы. С другой стороны, снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с ровесниками. Психотерапия у детей и подростков не может не быть интегративной, так как идет постоянно параллельная психотерапевтическая работа с родителями.

Интеграция индивидуальной, групповой и семейной психотерапии и системное видение проблем позволяет индивидуализировать психотерапию для каждого ребенка.

Вовлечение социальной среды, учителей, воспитателей.

Тренинг уверенного поведения. Наиболее трудными областями общения и источником отрицательных эмоций у клиентов с пограничными психическими расстройствами служат следующие моменты: умение за себя постоять, публичные выступления, вступление в контакт, страх неудачи или отвержения, страх отрицательной оценки, адекватное поведение в незнакомой или неформальной обстановке, принятие ответственности за свое поведение.

Тренинг уверенного поведения разрешает эти проблемы и представляет собой сплав следующих когнитивно-поведенческих техник: дискриминационного тренинга, состоящего в обучении клиентов распознавать агрессию, уверенность и пассивное поведение (табл. 31); моделирования различных сложных ситуаций; положительного подкрепления уверенного поведения и реакций; десенсибилизации страха и гнева, ингибиторами которых является уверенное поведение; расширения признаков уверенного поведения в реальных жизненных обстоятельствах; знания собственных прав и прав другого.

Выбор клиентов на тренинг уверенного поведения учитывает специфические ситуации, где оно затруднено; особые обстоятельства, препятствующие уверенному поведению; ситуационные, а не общие проблемы неуверенности; мотивацию к изменениям; согласие на работу в группе и желание самораскрытия; реальные ожидания и постановку конкретных целей. Прежний негативный опыт работы в группе требует больше времени для предварительной подготовки. Примерная программа такого тренинга состоит из 6-9 занятий, проводимых 1-2 раза в неделю по 1,5 часа.

1-е занятие включает короткую (не более 10 минут) лекцию, содержанием которой служит краткий обзор 9 занятий, описывающий смысл игр и

Таблица 31

Различие неуверенного, агрессивного и уверенного поведения

Поведение	**Действие**	**Невербальное поведение**
Неуверенное	**Не** показывать другим, в чем состоят Ваши права. Выглядеть нервным. Выполнять желания каждого. Позволить другим делать вещи, которые Вам не нравятся	Демонстрация неуверенной позы, отсутствие контакта глазами
Агрессивное	Игнорировать права других. Заставлять других чувствовать себя плохо. Перекладывать на других ответственность. Громко говорить	Демонстрировать напряженную позу. Выдвигаться вперед. Таращить глаза. Трясти кулаками или топать ногами. Интонации голоса злые или саркастические
Уверенное	Заявлять свои права. Говорить четко, голос уверенный **и** спокойный. Уважать права других. Не позволять другим заставлять Вас делать то, чего Вы не хотите	Поза прямая. Хороший контакт глазами. Свободно выражаются все эмоции, их невербальное сопровождение свободно

упражнений в общей системе когнитивной реконструкции и поведенческого моделирования, затем участники группы высказывают свои опасения и ожидания, формулируют основную цель (поведение-мишень) пребывания в группе. Проводятся игры и упражнения, направленные на сплочение группы, различение уверенных, агрессивных и пассивных действий, вербального и невербального поведения.

2-е занятие посвящается способам уметь говорить «нет».

3-е и 4-е — ситуациям обвинения, несогласия; повышению фрустрационной толерантности.

5-е занятие — обучению способам совладания со стрессом.

6-е — умению разрешать проблемы, обучению рациональному и позитивному мышлению.

7-е — принципам ведения спора, дискуссии.

8-9 — решению индивидуальных проблем.

Считается необходимым поиск альтернатив для агрессивного и пассивного поведения: спрашивать разрешения, делиться с другими, помогать другим, вести переговоры, развивать самоконтроль, отстаивать свои права, отказывать; обучать различным способам реакции на шутки, умению выйти из конфликта и т. д.

Приобретение уверенности взамен агрессивного и неуверенного поведения, которое желательно увидеть у клиентов (положительная динамика), доступно наблюдению. В процессе тренинга ведущий занятия добивается, чтобы проблемное поведение встречалось реже, а «поведение-мишень», ради которого клиент пришел на занятия, увеличилось. Этому способствует применение приемов шкалирования, пространственной и графической социометрии, анализ самоотчетов участников группы.

На последнем занятии рекомендуется делать повторные замеры показателей, способных отразить изменения, а также опрашивать клиентов, что удалось им приобрести в результата тренинга, а что не удалось достигнуть. Сигнал к продолжению психотерапевтической работы давали те клиенты, которые не выполнили своих задач. Тогда тренинг уверенности в себе служит лишь этапом в дальнейшей комплексной психотерапевтической программе.

Лекарства (биология)

Часто назначение лекарственных средств предшествует курсу психотерапии, позволяя либо активировать дезорганизованные мыслительные процессы, либо снизить уровень тревоги, либо сделать и то и другое вместе.

По мере того как психотерапия вызывает конструктивные психологические изменения у клиентов, психотерапевт принимает решение об отмене медикаментов или снижении дозировок. Следует помнить, что многие психоаналитики возражают против того, чтобы психоаналитик одновременно назначал лекарства и проводил анализ, но положительно относятся к двойному ведению: психиатр лечит лекарствами, а психоаналитик — анализом. В основе такой позиции лежат психоаналитические представления о процессе психотерапии и о взаимоотношениях терапевта и клиента.

Анализ процесса мультимодального консультирования

Постоянный анализ достижений является неотъемлемой частью мультимодального консультирования. Поскольку обычно составляются профили модальностей, психотерапевты могут оценивать прогресс в решении каждой проблемы в рамках каждого из семи измерений BASIC ID. Например, у нашей клиентки Э. были достигнуты следующие результаты.

Поведение	Улучшение контактов с ровесниками
Аффект	Уменьшение тревоги
Ощущения	Клиентка не жалуется на симптом
Образы	Клиентка меньше страдает от бессонницы; у нее улучшился образ самой себя

Интеграцию индивидуальной, групповой и семейной психотерапии иллюстрирует следующий пример.

Пример. Михаил Н., 18 лет. Причина обращения за психологической помощью в 17 лет — появление жалоб «личностного характера»: неуверенность, «отстраненность» от общества. Направлен врачом-психиатром на консультацию к психотерапевту с рекомендацией о включении юноши в групповую психотерапию.

Анамнез жизни. Наследственность нервно-психическими расстройствами не отягощена. Родился от 2-й беременности, протекавшей с токсикозом, роды в срок. Психомоторное развитие с задержкой: ходить начал с 1,5 лет, фразовая речь к 3 годам. Страдал от рождения экссудативным диатезом. До года часто болел простудными заболеваниями с приступами астмоидного бронхита и ложного крупа. Перенес ветрянку, краснуху, дважды скарлатину. В 9 мес — закрытая ЧМТ с потерей сознания. Посещал детские дошкольные учреждения, адаптировался удовлетворительно, был в меру общителен. В школу пошел с 7 лет, учился хорошо. Увлекался лепкой и рисованием. Вместе с другом придумали «новую космическую страну», при этом говорил: «Не хочу жить реальной жизнью, лучше космической». Отношения с ребятами в классе были формальными. Закончил 11 классов школы и поступил в университет на физико-математический факультет.

Анамнез болезни. Впервые мать мальчика обратилась по поводу сына с жалобами на головные боли, быструю утомляемость, трудности сосредоточения внимания, резкую смену настроения, ночное недержание мочи в 1991 г.

Консультирован психиатром. Диагноз: резидуально-органическое поражение ЦНС смешанной этиологии, астеноневротический синдром. Сопутствующий диагнозхиндром вегетативной дистонии с пароксизмальными и вестибулярными нарушениями в структуре вертебробазилллярной недостаточности.

При первичном психологическом обследовании в 1991 г. выявлено снижение концентрации внимания и объема памяти. Повторное психологическое обследование в 1993 г. определило состояние внимания и умственной работоспособности удовлетворительными.

Получал медикаментозную терапию: финлепсин — 100 мг утром, 200 мг — на ночь, пикамилон — 1 табл. 2 раза в день, танакан — 1 табл. днем.

Длительное время на ЭЭГ определялся очаг пароксизмальной активности в затылочно-теменно-средневисочной области.

Биологическая терапия способствовала улучшению состояния: уменьшились головные боли, улучшилась концентрация внимания, выровнялось настроение. Ночной энурез носил,однако, относительно стойкий характер. С 1994 по 1996 г. к психиатру не обращался, наблюдался у невропатолога в поликлинике по месту жительства.

На консультации у психотерапевта предъявил жалобы на неуверенность в себе, «жизнь по правилам», закомплексованность в общении, борьбу субличностей между «Взрослым» и «Ребенком» (накануне прочитал книгу Э. Берна, поэтому так высказался). Родители в настоящее время в разводе. Проживает с матерью и старшей сестрой, 20 лет, в двухкомнатной квартире (мать живет в одной комнате, они с сестрой — в другой). У отца Михаила новая семья.

Свою цель в прохождении психотерапии сформулировал следующим образом: «стать более раскованным».

Включен в психотерапевтическую группу старших подростков.

1-й день занятий. Сформулировал свою проблему следующим образом: «Хочу разобраться в себе и улучшить отношения с другими». Работал в паре и давал интервью Володе. В играх на сплочение старался не вступать в невербальный контакт. В проективной ассоциативной игре «Магазин старых игрушек» из набора игрушек выбрал оправу от кукольных очков. «Я побитая, поцарапанная оправа, которую забыл рассеянный хозяин. Подобрала и принесла меня сюда уборщица. Может меня вымоют и стекла вставят». В игре «Ассоциации» образы, связанные с Мишей у других участников группы, были следующие: крыса, тополь, металлическая блузка (кольчуга?), лифт, кофейник, серый, органайзер. Когда парень был сам водящим, у него возникли трудности в задавании вопросов, стремился обойти «глупые» и «простые». «Шерлок Холмс из меня не получился». В проективном психодраматическом этюде «Море» испытывал трудности в выборе персонажа: «Яхта, дельфин, морской котик... Не выбрать, сомневаюсь, но буду яхтой.» Во время проигрывания ролей ходил по периферии «сцены», в контакт с другими участниками группы не вступал. После игры сказал, что выбор его был правильным: «Я одинокая, независимая, гордая яхта».

На 2-й день поставил психодраму об отношениях с приятелем и другом. Тема была сформулирована следующим образом: «Принижение кого-то с целью самоутверждения». В ходе ролевого воспроизведения эпизода разговора с приятелями вышел на отношения с авторитетами, зависимость от их мнения. Признал вербально чувства злости и ненависти к ним, но невербально не отреагировал. Демонстрировал модель поведения по типу компенсации — «Доказать всем, что я лучше, самый умный». В фазе обмена чувствами психодрамы некоторые подростки сообщили, что эта тема им была близка, поделились впечатлением о невозможности быть лучше всех во всех областях. В конце дня стал более открытым, смеялся, меньше задумывался над ответами. Смог сказать ребятам: «Я глупый» — и совершить нелепый поступок (развязал шнурки Сергею). Ребята отметили схожесть многих его переживаний с их собственными, указали на уменьшение дистанции между ними и Мишей.

3-й день. В упражнении «контакт руками» работал в паре со Светой (участница группы с нервной анорексией), испытывал трудности в описании невербального контакта. После работы Ильи (тема «садизм в школе») отметил в обсуждении схожесть со своими проблемами, вновь вернулся к собственной проблеме авторитетов. Предлагал ставить «садистов» в необычное, смеш-

ное положение. После постановки психодрамы Оксаны (семейные взаимоотношения) при обсуждении чувств сказал: «Очень много переживаний, особенно затрагивающих отношения с отцом. Он оставил нас с матерью, хотя и помогает. Не знаю, как себя с ним вести?». Психотерапевт: «Можно ли сформулировать твою проблему следующим образом: «Имею я право любить папу, если он оставил маму?». Миша: «Не знаю. Тяжело об этом говорить»...

В психодраме на тему «Что хорошего и что трудного в том, что я — мужчина (женщина)» сказал: «Мне легче сказать, каким **должен быть** мужчина: сильным, уметь защищать, обладать силой воли, быть гарантом спокойствия и безопасности, чтобы было за что уважать. Я к этому стремлюсь, хоть и трудно».

4-й день. Стал более внимателен к членам группы. После работы Светы (проблема знакомства) сообщил: «Я не знакомлюсь, так как не доверяю, боюсь и не пытаюсь».

5-й день. После работы Жени (не дает сдачи, не защищается) высказался: «Похоже, но прошло. Раньше приходилось не только защищать себя, но и давать сдачи». Случайно после перерыва сел в красное кресло («горячий стул»). На вопрос, хочет ли он работать, не ответил, стал развивать тему: «Проблема отношений с отцом, который оставил семью 2 года назад. Я узнал первым, что отец живет в другой семье, и об этом мне пришлось рассказать матери. Я ненавижу ту женщину, секретаршу. Из-за нее отец ушел. Глупа, умеет только готовить, убирать, стирать. Делает вид, что хорошо ко мне относится». Психотерапевт: «Какая твоя мать?». Михаил: «Умная, образованная (говорит об этом, закрывая рот руками). Мать меня понимает, но при ней я не чувствую дом своим. Мать обижена, но благодарна отцу за материальную помощь. Я «перебежчик» между матерью и отцом. Он приезжает, у меня к нему неприязнь, он у нас дома пьет». В ходе психодрамы, условно названной «Перебежчик», после «смены ролей» сообщил, что понял отца и свою роль: «Я — орудие в руках матери. Обязательно поговорю с отцом». Понравилась подсказка участников группы встретиться с ним на нейтральной территории. Из «обратных связей» подростков частично принял возможность контакта с новой семьей отца.

В последний день работы психотерапевтической группы обращали на себя внимание более открытые отношения с ребятами, невербальное поведение стало более свободным. В мечтах о будущем размышлял о смене специальности программиста на психолога. Принес фотоаппарат и с удовольствием фотографировал ребят и психотерапевтов.

Через неделю после окончания работы группы сам позвонил и договорился об индивидуальной встрече. Сообщил, что произошел разговор с отцом: «Он плакал. В результате стали ближе друг к другу». К новой жене отца пока не удалось преодолеть негативного отношения. Клиент осознал, что это не он потерял отца, а мать потеряла мужа. Проблема, над которой он хотел поработать в этот раз, сформулирована следующим образом. Пять лет назад появились перепады настроения, особенно «спад» наблюдался после походов, когда клиент возвращался домой. При проведении функционального поведенческого анализа выяснялось, какие стимулы «запускают» падение настроения. Выявлены автоматические мысли следующего характера: «Как жалко, что занятия кончатся!» Им сопутствовали эмоции и образы, описанные клиентом как «страх ребенка, потерявшего власть». Так как юноша перед работой психотерапевтической группы прочитал книгу Э. Берна «Игры, в которые играют люди», занятие было построено с использованием понятий трансактного анализа. «Родитель не дает Ребенку полной свободы». На «Родителя» и

«Взрослого» отводится 70% (границы между ними четко не разделены), «Ребенку» — 20-25%. Реестр правил у «Родителя»: хорошо себя вести, не пить, не курить, быть сдержанным, поменьше высказывать свои мнения, сохранять хорошую репутацию. «Ребенок» проявляется в полной мере только на «пиках» подъема настроения, в остальном «детская часть» подавлена. Своего «Взрослого» охарактеризовал следующим образом: «серьезность, солидность, ум, знания, компетентность» (с точки зрения трансактного анализа — это «заражение Взрослого Родителем»). Сфера контактов не была упомянута, речь не шла и об ответственности. При невербальной демонстрации как «Родитель зажимает ребенка» согнулся в «эмбриональной позе». На вопрос психотерапевта, не напоминает ли это «эмбриончика», сообщил, что это действительно так. «Поздно начал ходить, говорить — это было удобно для матери». Вспомнил эпизод шалости, когда он и его двоюродная сестра спрятали сигареты дяди, чтобы тот не курил и не вредил здоровью, за что были подвергнуты «разборке» (деталей не помнит, но осталось ощущение, что сделал тогда очень плохо). Был произведен эксперимент, в ходе которого «Взрослый» пытался отодвинуть «Родителя» и временно дать «Ребенку» свободу. Стал весь мокрый от пота, озвучил свои вегетативные реакции следующим образом: «Родитель» сопротивлялся, внутри что-то шептало «нельзя», тем не менее к концу сеанса сообщил, что стало легче, несмотря на то, что пришел на занятие «в упадке»: трудно было двигаться, говорить.

Мать была приглашена на сеанс семейной психотерапии. Была удивлена, что Миша так много переживает внутри себя (метафора «партизан», «разведчик», в которой отразилась проблема юноши во время прохождения им групповой психотерапии, исследовалась в контексте семейных отношений и правил). Отвечая на вопрос об источнике схем и правил в семье, мать призналась, что в течение 10 лет поддерживала имидж «благополучной семьи», пытаясь сохранить детям отца. Супружеские (интимные) отношения с мужем нарушились после его первой измены. Согласилась, что у членов семьи слабые собственные границы и необходимо менять стиль общения со взрослыми детьми. Впоследствии выполнила все предписания психотерапевта.

Проводилась поддерживающая психотерапия с юношей с периодичностью одно занятие в месяц, всего 4 занятия. Летом отметил свое восемнадцатилетие, совершая путешествие на пароходе на Валаам. В рейсе был вместе с девушкой с I курса из его университета. Катамнез 2 года: соматических жалоб нет; продолжает самостоятельно работать над своим личностным ростом.

В современной психотерапии интегративные модели психотерапии заняли ведущее место в силу их эффективности и полимодальности воздействия на личность клиента(клиентов).

Интегративность предполагает объединение в рамках психотерапевтического процесса различных методов, моделей и техник психотерапии, имеющих сходные механизмы лечебного воздействия.

Эклектичность в психотерапии означает произвольное объединение психотерапевтом различных по механизмам действия методов психотерапии — например, гипноза, поведенческой, групповой и семейной психотерапии.

Однако до настоящего времени идет дискуссия о том, являются ли термины интегративныи и эклектичный синонимами или же являются терминами, обозначающими концептуальное их различие.



Контрольные вопросы

1. Что соответствует понятию интегративная психотерапия?
2. Что соответствует понятию эклектическая психотерапия?
3. Чем обусловлено появление интегративных и эклектических моделей психотерапии?

Список рекомендуемой литературы

1. *Обухов Я. Л.* Символодрама и современный психоанализ. Сборник статей. — Харьков: Регион-информ,1999. — 252 с.
2. *Обухов Я. Л.* Удовлетворение архаических потребностей — использование метода символодрамы // Журнал практического психолога. — 1999. - № 5-6. - С. 129-154.
3. *Стюарт В.* Работа с образами и символами в психологическом консультировании (пер. с англ.). — М.: Независимая фирма «Класс»,1998. —



ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ

Сложившаяся в последние годы в России социально-экономическая ситуация объективно привела *к ухудшению психического здоровья населения.* В 1991-1996 гг. выросли интенсивные показатели заболеваемости психическими расстройствами (на 33,2%), алкогольными психозами (на 294,3%) и наркоманиями (на 557,6%). Среди психических расстройств повысилась заболеваемость связанными со стрессами реактивными состояниями (на 83,3%) и психосоматическими расстройствами (на 106%) [Чуркин А. Л., 1998].

Четкую *тенденцию к ухудшению психического здоровья детей и* подростков отмечают многие отечественные авторы [Бойко В. В., 1995, Сафонова Т. Я., Фролова А. Д., 1995, Исаев Д. Н., 1996, Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С, 2000]. По данным НИИ психиатрии РФ, распространенность основных форм психических заболеваний в детском возрасте составляет 15%, а в подростковом — уже 20-25%. Увеличивается число детей с невротическими и неврозоподобными расстройствами, с задержкой психического развития. Показано, что 80% случаев систематической школьной неуспеваемости обусловлены различными состояниями интеллектуальной недостаточности, включая задержку и дебильность. В детских домах такие отклонения в психике имеют до 90% детей. Около 30% учащихся классов выравнивания с задержкой психического развития страдают пограничными психическими расстройствами как вторичным нарушением.

По данным В. В. Ковалева и Ю. С. Шевченко (1991), распределение пограничной патологии среди детей до 14 лет в городской популяции составляет 38,45 на 1000 человек. Невротическими расстройствами страдают до 45% от общего числа детей с нервно-психическими заболеваниями, 71,8% из них приходится на младший школьный возраст.

Растет число детей, у которых под влиянием психогенных факторов возникают соматические заболевания. Распространенность психосоматических расстройств в детском возрасте значительная — до 40-68% от числа обратившихся за помощью к врачам общего профиля [Исаев Д. Н., 1996, Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С, 2000]. В качестве примера можно привести исследование особенностей здоровья и развития младших школьников г. Саратова в течение пяти лет, в 1993-1997 гг. Обнаружено существенное ухудшение их соматического и психического состояния: снижение темпов физического развития; сглаживание признаков полового диморфизма и более позднее их проявление; нарушение созревания и увеличение количества незрелых детей; снижение психомоторного развития и, как следствие, адаптивных возможностей в условиях школы; увеличение количества детей тубинфицированных, с нарушением осанки, с аллергическими и невротическими нарушениями и, наконец, увеличение числа психосоматических заболеваний — показателя хронического стрессирования детей в условиях школы [Рагимова О. А., Андреева Г. Ф., 1998].

Обследование 537 младших школьников Москвы выявило, что отчетливые трудности школьного обучения и поведенческие проблемы имеются у 31,6% из них. У 16,5% это обусловлено минимальной мозговой дисфункцией, у 8,4% — неврозами и невротическими реакциями, у 3% — неврологическими и у 3,7% — психическими заболеваниями [Заваденко Н. Н. и др., 1998]. Число абсолютно здоровых в психическом отношении школьников снижается с 30% в 1-3-х классах до 16% — в 9-х классах. Растет число детей с выраженными признаками нервно-психических нарушений в стадии устойчивой компенсации и субкомпенсации. Если в 1-м классе число таких детей составляет 10%, то в 8-м — 29%.

Решение задач охраны нервно-психического здоровья повышает внимание медицины к таким явлениям, как «предболезнь» и «группа риска» [Семичов С. Б., 1986, Иовчук Н. М. и др., 1988]. При обследовании 20 000 московских детей до 14 лет установлено, что 44,9% из них имеют *повышенный риск возникновения психических заболеваний.* Если к концу дошкольного периода детства стойкие нервно-психические расстройства обнаруживаются у каждого пятого ребенка, функциональные у каждого третьего, то в начальную школу здоровыми приходят менее половины детей [Шашкова И. А., 1983]. *Школьный период уязвим для формирования и манифестации нервно-психических заболеваний,* так как включает, по меньшей мере, два «возрастных криза», во время которых организм оказывается наиболее чувствительным к различным экзогенным воздействиям. Школьная дизадаптация наблюдается у 18-40% младших школьников и у 60% подростков [Хамаганова Т. и др., 1999]. В связи с этим целесообразно увеличить сеть оздоровительных центров при школах, школ здоровья, образовательных оздоровительных учреждений. Возникла идея о создании детских дневных психоневрологических стационаров на базе крупных школ, что позволило бы своевременно диагностировать инициальные патологические симптомы и проводить терапию, не отрывая ребенка от учебы и семьи. Подчеркивается необходимость реорганизации в нашей стране психиатрической помощи детям и подросткам [Шевченко Ю. С. и др., 1998]. Среди других мер предлагается повсеместное введение ставок детских психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов, открытие психопрофилактических детско-подростковых центров, развитие психопрофилактической службы системы образования, целенаправленное повышение психогигиенических, психиатрических и психотерапевтических знаний населения.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПСИХОПРОФИЛАКТИКЕ

Определение психопрофилактики

Выдающийся отечественный педиатр М. С. Маслов так определил задачи педиатрии: «Являясь наукой о растущем и формирующемся организме человека, педиатрия на основе углубленного изучения особенностей дет-

ского организма в разные возрастные периоды ставит своей главной целью создание наилучших условий для всестороннего его развития и наибольшей устойчивости к вредным факторам. Поэтому *основное направление педиатрии профилактическое* [Шабалов Н. П., 1999]. *Профилактическая медицина* — это система мероприятий, способствующих предупреждению заболеваний и инвалидизации. Она направлена на: 1) предупреждение развития заболевания (первичная профилактика); 2) выявление предвестников, ранних признаков заболеваний с целью предупреждения развития его тяжелых проявлений (вторичная профилактика); 3) предотвращение прогрессирования ограничения функций, нарастания инвалидизации при уже выявленных заболеваниях (третичная профилактика).

Первичная профилактика психических заболеваний у детей возможна лишь в отношении сравнительно ограниченного их числа. К ним В. В. Ковалев (1995) относит неврозы, психогенные расстройства личности, нарушения поведения, а также психические расстройства в связи с травмами и инфекциями головного мозга и некоторые формы олигофрении. Первичная профилактика неврозов и психогенных расстройств личности в значительной степени зависит от *адекватного воспитания* ребенка в семье и образовательных учреждениях. Кроме того, она включает в себя мероприятия, направленные на *предупреждение возникновения у детей состояний напряжения и стресса.*

Вторичная профилактика — предупреждение неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний. Она включает в себя их раннее выявление *путем психопрофилактических осмотров детского населения.* Это предполагает наличие знаний о наиболее часто встречающихся *проявлениях начального периода нервно-психических заболеваний.* К ним В. В. Ковалев относит астенические состояния, неврозы, различные отклонения характера, а также задержки психического развития. На этом этапе важными также являются всесторонний анализ причин школьной дезадаптации — нарушений приспособления ребенка к школьному обучению и проведение комплексных коррекционных мероприятий, групповой и семейной психотерапии.

Третичная профилактика психических расстройств — это предупреждение неблагоприятных социальных последствий уже возникших заболеваний.

Проблемы психопрофилактики, охраны психического здоровья существуют много лет. Однако еще И. П. Павлов называл профилактику медициной будущего. Отличительными чертами психопрофилактики являются тесная связь с современностью и динамичность под влиянием меняющихся условий среды. Ее другая особенность — интердисциплинарный характер, поэтому усилия медиков, психологов, социологов, педагогов концентрируются в едином направлении повышения устойчивости личности к неблагоприятным условиям среды.

Неспецифичность первичной психопрофилактики заключается в направленности на разрешение конфликтов, способствующих развитию и осложнению течения заболеваний психогенного и психосоматического профиля, а также девиаций поведения от делинквентности подростков до алкоголизма и наркоманий взрослых [Мягер В. К., Стяжкин В. Д., 1994]. По мнению зару-

бежных ученых, основой психопрофилактики у детей должно быть предупреждение эмоциональных и поведенческих расстройств [Kazdin A. E.; 1991, Kendall P. C, Morris P. J., 1991].

Ситуации риска нарушения психического здоровья

Как следует из документов специальных комиссий ВОЗ, нарушения психического здоровья у детей чаще носят *ситуационно обусловленный характер.* В большинстве случаев они представляют собой лишь количественные отклонения от нормального психического развития и *являются временными.* Однако пятая часть доклинических нарушений в случаях отсутствия современной коррекции переходит в ту или иную патологию нозологического круга [Громбах С М . , 1985]. В связи с этим целесообразно обсудить понятие *ситуации риска нарушения психического здоровья* и дать *классификацию* таких ситуаций.

В настоящее время стало ясно, что личность человека нельзя понять вне ситуации, в которой она находится, поскольку между человеком и условиями жизни существует неразрывная связь. У детей первыми в этой области были исследования, в которых изучалась зависимость честности ребенка от ситуационных и личностных особенностей. *Ситуация является естественным сегментом социальной жизни, определяющимся вовлеченными в нее людьми, местом действия и сущностью деятельности.* Выделяют два подхода к ее пониманию: 1) как внешних условий протекания жизнедеятельности на ее определенном этапе; 2) как системы объективных и субъективных элементов, объединяющихся в жизнедеятельности [Бурлачук Л. Ф., КоржоваЕ. Ю., 1998].

Трудная жизненная ситуация — это ситуация,которая либо объективно нарушает жизнедеятельность личности, либо субъективно воспринимается ею как сложная и не может быть преодолена самостоятельно [Бойко В. В. и др., 1999]. Существуют разнообразные классификации трудных, или стрессовых жизненных ситуаций, например, вызывающих тревогу и страх, фрустрирующих, критических, жизненных перемен [Endler N. S., Parker J. D., 1993]. Личность уязвима не ко всем, а к определенным,*значимым жизненным ситуациям.* Они возникают в разных взаимоотношениях индивида: семейных, учебных, трудовых, [Мясищев В. Н., 1960]. Например, у здоровых детей младшего школьного возраста были выделены следующие типы значимых ситуаций, вызывающих отрицательные переживания [Никольская И. М., Грановская Р. М., 2000]:

— ситуации плохих школьных отметок, трудностей с учебой;

— ситуации потери, болезни, смерти любимых животных;

— ситуации материальных утрат;

— ситуации напряженных отношений с родителями и другими членами семьи;

— травмы и другие опасные для жизни ребенка ситуации;

— болезни и смерть близких людей;

— разные страхи и др.

Трудные жизненные ситуации нередко выступают как патогенные. Обнаружено, что для психического и соматического здоровья опасен не только один трагический эпизод, подобный смерти близких людей, но и несколько менее драматичных, происшедших за короткий период времени, так как это снижает возможности приспособления. В течение года человек переживает в среднем около 150 заметных жизненных изменений. Если число событий от 150 до 300, то риск заболевания — 50%. Если их число возрастает больше, чем в два раза, вероятность заболевания составляет 80%.

Обычно ситуационно обусловленные нарушения психического здоровья происходят в результате *психической травмы — ситуации, характеризующейся неразрешимостью с точки зрения личности.* Классифицируя психотравмы у детей по силе и длительности их воздействия, В. В. Ковалев (1995) выделяет следующие.

— Шоковые психические травмы — возникают внезапно, отличаются большой силой и угрожают жизни и благополучию (например, смерть родителя, нападение с угрозой для жизни).

— Психотравмирующие ситуации относительно кратковременного действия, но психологически значимые (например, болезнь родителя, ссора).

— Хронически действующие психотравмирующие ситуации, затрагивающие ценностные ориентации ребенка (хроническая неуспеваемость, патологизирующее воспитание).

— Ситуации психической депривации (сенсорной, эмоциональной, интеллектуальной), ведущие к неудовлетворению основных психологических потребностей ребенка в течение длительного времени.

Если понимать жизненную ситуацию как систему не только объективных (внешних), но также субъективных (внутренних) элементов, то психическая травма это, прежде всего, *переживание,* в центре которого находится определенное эмоциональное состояние [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 2001]. Можно очертить круг таких состояний: это *состояния неудовлетворенности, тоски, подавленности, страдания, тревоги, беспокойства, неуверенности, эмоциональной напряженности.* Центральное место эмоций в структуре психотравмирующего переживания обусловлено их ролью во взаимосвязи психических и соматических систем личности. Психотравмирующие переживания в силу своей выраженности (остроты), длительности или повторяемости воздействуют на личность и могут быть причиной определенной клинической патологии.

Д. Н. Исаев (1996) систематизировал неблагоприятные психосоциальные факторы, вызывающие психотравмирующие переживания у детей, следующим образом.

— Глобальные (страх и переживание войны, экологических и промышленных катастроф, природных бедствий).

— Национальные (страдания из-за национальной и этнической вражды, экономических контрастов, культурного противостояния).

— Миграционные (страдания из-за миграции, отрыва от родной среды, утраты социального статуса).

— Переживания, связанные с поступлением в школу, давлением требований учебного процесса, трудностями освоения знаний, атмосферой отвержения или враждебности со стороны сверстников или старших, конфликтной обстановкой.

— Переживания, обусловленные длительным пребыванием в образовательных и лечебных учреждениях (интернатах, детских домах, больницах, санаториях).

— Переживания, обусловленные семейной ситуацией: а) особенностями воспитания (отсутствие или неадекватность родительской заботы, чрезмерное давление родителей); б) неадекватным или искаженным внутрисемейным общением; в) нарушением межличностных отношений в семье (антагонизм между членами семьи, недостаток душевного тепла, жестокость, сексуальные злоупотребления).

Кроме этого, автор выделяет переживания на уровне личности, обусловленные значительными характерологическими отклонениями самого ребенка. Их важнейшей чертой является *центральное место в структуре личности,* особая значимость для индивида.

Одни изменения жизненной ситуации изменяют личность, а другие нет, так как личность с ними справляется в короткий срок. В этой связи актуальным является изучение *вероятности риска заболевания в зависимости от типа психотравмирующей ситуации и преморбидных индивидуально-психологических свойств* [Ушаков Г. К., 1987, Вассерман Л. И. и др., 1990, Александровская Э. М., 1993, Гарбузов В. И., 1994]. Примером такой зависимости является ситуация нарушения отношений подростка с родителями. А. Е. Личко и К. Леонгард выявили ряд неблагоприятных сочетаний патологизирующего воспитания (с одной стороны) и отклонений характера подростка (с другой), которые могут привести к нервно-психическим нарушениям. Гипопротекция (недостаточная опека и контроль) особенно неблагоприятна при акцентуациях по гипертимному, неустойчивому и конформному типам. Доминирующая гиперпротекция (чрезмерная опека и контроль) травматична для гипертимных подростков и лиц с психастенической, сенситивной и астенической акцентуациями. Эмоциональное отвержение создает психотравматизацию для лабильной, сенситивной и астенической акцентуации и т. д. [Личко А. Е., 1983; Leonhard K., 1997; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2001]. Характерологические нарушения участвуют в этиологии значительного числа нервно-психических расстройств (острых аффективных реакций, неврозов, ситуативно обусловленных нарушений поведения, патохарактерологических развитии, реактивных и эндореактивных психозов). От них зависит клиническая картина этих расстройств. Акцентуации личности являются тем фактором, который повышает риск заболевания или предрасполагает к нему [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999, 2001].

Особенно важно исследовать взаимодействие индивидуальных и средовых факторов в происхождении «полиэтиологичных» эмоциональных и по-

веденческих расстройств [Remschmidt H., Schmidt M.,1992]. Так, среди заболевших взрослых преобладают те личности, которые отличались большим нигилизмом, чувством бессилия, отчужденностью, отсутствием предприимчивости [Вейн А. М. и др., 1988]. У детей повышенная предрасположенность к психическим травмам наблюдается при наличии возбудимости, впечатлительности, внушаемости, эмоциональной лабильности, астенизации, трудностей адаптации к новым впечатлениям, преобладании отрицательных эмоций. Наиболее подвержены психотравмам дети со слабым типом нервной системы, неуравновешенные и легко возбудимые. Кроме того, чувствительность или резистентность к стрессам зависят от состояния, в котором ребенок в это время находится. К заболеванию приводят возникающие в момент переживания житейских трудностей чувства беззащитности, безысходности, неверия в свои силы, отчужденности, отсутствие активности. Особенно раним в отношении эмоциональных стрессов ребенок в тех случаях, когда семья препятствует развитию его индивидуальности, не позволяет открыто выражать эмоции [Исаев Д. Н., 1996].

Уменьшают патогенное воздействие чувство собственной значимости, энергичная позиция в отношении окружения, способность принимать на себя больше обязательств, уверенность в возможности контролировать события, наличие прочной социальной поддержки. Личностные черты в трудных жизненных ситуациях варьируют по степени стабильности. Наиболее стабилен интеллект. Менее стабильны базовые черты личности: нейротизм, экстраверсия-интроверсия, черты, относящиеся к сфере «Я». По данным лонгитюдных исследований, коэффициент стабильности личности в трудных жизненных ситуациях у взрослых в целом выше, чем у детей [West S. G., Graciano G., 1989].

Проблема соотношения ситуационных и личностных переменных в настоящее время чаще всего решается через обращение к категории поведения — функции взаимодействия личности и ситуации. Здесь личностные особенности представлены как условные возможности, реализующиеся в актах поведения в конкретных жизненных ситуациях, в ситуации здоровья и болезни. Активное поведение личности увеличивает шанс благоприятного исхода, отказ от поиска выхода из ситуации и капитуляция делают организм ранимым и уязвимым к возникновению заболеваний [Ротенберг В. С, Бондаренко С. М., 1989]. В свете развития патогенетической концепции неврозов и психотерапии В. Н. Мясищева можно говорить об определенной эволюция взглядов относительно целостного понимания больного в ситуации болезни и проведения дифференцированной терапии. Акцент с признания важности личностных черт перемещается к учету механизмов приспособления личности к болезни, психологической защиты. Возрастает интерес к изучению механизмов психологической адаптации, связанных со здоровыми, положительными сторонами личности больного (копинг-поведение) и направленных на активное разрешение патогенной ситуации и устранения вызванного им эмоционального напряжения [Исурина Г. Л. и др., 1994, Сирота Н. А., Ялтонский В. М., 1994, Абабков В. А. и др., 1998, Никольская И. М., Грановская Р. М., 2000, Lazarus R., Folkman S., 1976, Heim E., 1988, Perrez M., Reicherts M., 1992].

Массовые исследования с выделением групп риска как раздел психопрофилактической работы

Важнейшим разделом профилактической работы являются *массовые осмотры детей с выделением группы риска* развития заболеваний. В материалах экспертов ВОЗ обращено особое внимание на то, что среди нервно-психических расстройств у детей преобладающее значение имеют три группы: эмоциональные нарушения, аномалии поведения, задержки развития [Hall D. H., Stewart-Brown S. 1998]. Раннее обнаружение и грамотная оценка отклонений от нормы физического и психомоторного развития, динамическое наблюдение за состоянием детей, вошедших в группу риска, позволяют скорректировать эти дефекты, сохранить здоровье или возвратить, если оно утрачено. Это способствует предотвращению отклонений в нервно-психической сфере, формированию тех или иных аномалий личности и отклоняющихся форм поведения. Следует отметить, что такие обследования проводятся только при согласии родителей или лиц, их заменяющих, и предполагают знание о наиболее часто встречающихся проявлениях начального периода психических заболеваний [Ковалев В. В., 1995].

В качестве примера можно привести проведенное Г. В. Козловской и соавт. медико-эпидемиологическое исследование 2000 детей до 14 лет с помощью метода экспертной оценки и унифицированной эпидемиологической карты психоневрологического обследования. Выделено 604 ребенка с невротическими, неврозоподобными, патохарактерологическими и психопатоподобными расстройствами. Специфичным оказался полиморфизм расстройств, который авторы объясняют нарушением сразу нескольких сфер: соматовегетативной, двигательной, эмоциональной, поведенческой. Это связано с общей незрелостью детского организма, отсутствием устойчивых субординационных связей между структурами мозга и, особенно, с незрелостью второй сигнальной системы. У мальчиков преобладали преневротические двигательные и препсихотические нарушения. У девочек доминировали преневротические фобические и соматовегетативные нарушения. В младшем школьном возрасте ведущим был синдром повышенной аффективной возбудимости. В школьном возрасте по степени корреляционной связи на первое место выступали факторы дефектов воспитания, акцентуированных черт характера и хронической психотравмирующей ситуации. Другим примером может служить исследование 998 детей 1-2 классов от 6 до 8 лет [Буторина Н. Е.. Буторин Г. Г., 1999]. У 31,7% из них обнаружена академическая неуспеваемость, общей причиной которой был синдром психогенной астении. Авторы исследования выделили три варианта психогенного дизонтогенеза: 1) поведенческие расстройства; 2) эмоциональные расстройства; 3) мозаичный вариант (снижение познавательных возможностей и эмоционально-поведенческие расстройства).

Понятие *«риск заболевания»* отражает вероятностный подход к пониманию здоровья в связи с поиском универсального критерия, позволяющего отграничить здоровье от болезни. По разным оценкам, состояния, зани-

мающие промежуточное место между здоровьем и болезнью, составляют немалую прослойку населения, колеблющуюся в пределах от 20 до 90%. Именуют их как «симптомы», «состояния дизадаптации», «переходные состояния», «повышенный риск», «предболезнь» [Семичов С Б . , 1987; Хрунина Г. И., Антропов Ю. Ф., 1990; Ковалев В. В., 1995]. Для правильной разработки мер по раннему выявлению и предупреждению нервно-психических заболеваний необходимо четко определить, о каких состояниях доболезненного регистра идет речь, как эти состояния могут быть распознаны и какими средствами должны быть ликвидированы. С Б . Семичов (1987) систематизировал группы здоровья в зависимости от нарастания степени вероятности возникновения болезни, а также от «потребности» в том или ином виде помощи.

— Без отклонений от нормы.

— Типологическая норма (конституциональная норма и акцентуации характера или личности).

— Потенциальный повышенный риск: а) ситуации повышенного риска; б) периоды повышенного риска; в) критические или переходные возрастные периоды. Наличие: г) соматогенных расстройств; д) пограничных психических расстройств; е) экзогенных вредностей; ж) наследственной отягощенности психическими заболеваниями или указания в анамнезе на перенесенные абортивные психотические эпизоды; з) признаков органических заболеваний; и) признаков сосудистых расстройств; к) алкогольный спектр.

— Психическая дезадаптация: а) непатологическая психическая дезадаптация; б) предболезненные психические расстройства; в) вероятно болезненное состояние.

— Верифицированная болезнь.

Если потенциальный повышенный риск можно рассматривать как функциональную норму, требующую периодического наблюдения специалистов, то психическую дезадаптацию как такие дисфункциональные состояния, которые уже диктуют необходимость вмешательства со стороны либо медицинского психолога, либо врачей: психотерапевта и психиатра. Например, к непатологической психической дизадаптации автор относит дисфукциональные состояния, которые представляют собой переживание, стресс, жизненную трудность или проблему, кризис, неудачу, драму. Они являются предметом забот и тревог человека и опасны трансформацией в болезнь. Их спецификой является психологическая понятность проявлений, выводимость из жизненной проблематики, наличие проявлений психологической защиты. Такие состояния требуют психопрофилактической помощи, но не всегда врачебной. По мнению С Б . Семичова, помощи медицинского психолога в таких случаях было бы не только вполне достаточно, но она даже была бы предпочтительней, так как последний более подготовлен и более компетентен заниматься такими проблемами, которые, в сущности, не являются «медицинскими состояниями». Напротив, при патологической психической дезадаптации, когда симптоматика превалирует над проблемностью и нет прямого отношения к ситуативному спектру, нужна помощь психиатра.

В психопрофилактике *пограничных нервно-психических расстройств* (согласно классификации ВОЗ) отражены три уровня [Кулаков С. А., 1996]. На 1 -м уровне динамическое наблюдение ведется за «условно здоровым контингентом» , при психологическом обследовании которого выявляется ряд психологических проблем. Это может быть неустойчивая или низкая самооценка, неуверенность в себе, малоадаптивные стереотипы общения и прогнозирования своего поведения, нарушение полоролевой идентификации, конфликтные отношения с родителями. На 2-м и 3-м уровнях имеют место начальные признаки пограничных психических расстройств, нарушения адаптации, аддиктивное поведение, психогенные патологические формирования личности. Ю. А. Александровский (1993) указывал, что между крайними вариантами: невротические реакции и психопатии, — можно расположить все виды и варианты пограничных психических расстройств. При этом, по мере удаления от невротических реакций и приближения к психопатии, значение психогенных факторов уменьшается и все больше выступает роль биологической основы. Согласно западному подходу, к пограничным расстройствам относят лиц, не способных выдержать сильный стресс и отрицательные эмоции, с нестабильными отношениями, импульсивностью, аффективной неустойчивостью, неадекватными отрицательными эмоциями, суицидальной направленностью, нарушением идентичности, чувством одиночества [Bromisch T., 1992, Oldham J. M., 1992].*

Таким образом, профилактическая работа лишь отчасти нацелена на раннее выявление и своевременное лечение скрытых нервно-психических расстройств (2-й и 3-й уровни согласно приведенной классификации ВОЗ). Основная ее задача — предупреждение нервно-психических нарушений. Для осуществления таких мероприятий необходимы широкие исследование контингента нормы *с обращением особого внимания* не только на симптомы и синдромы заболеваний, но также *на индивидуально-психологические особенности.*

Как подчеркивают Ю. А. Александровский и Л. Н. Собчик (1986), «...научная мысль, направленная на распознание нервно-психических расстройств, традиционно отталкивается от классических форм патологии в виде наиболее ярких «ядерных» психопатологических отклонений «большой психиатрии», постепенно приближаясь к все более «мягким», «стертым», «пограничным» феноменам вплоть до нормальных конституционально-личностных характеристик» . ***Индивидуально-личностные особенности при этом рассматриваются не только как фактор риска развития того или иного заболевания, но также с точки зрения понимания значимости их компенсаторных и защитных механизмов, адаптивных ресурсов личности, которые создают определенную базу для выздоровления и социальной реабилитации.***

К основной доболезненной форме реагирования личности на стресс авторы относят состояния, вызывающие опасения на предмет возможного развития клинически очерченного срыва. Как правило, это та или иная степень выраженности *эмоционального напряжения,* вызванного средовыми воздействиями, сила и длительность которых превышает порог индивидуальной выносливости («нарушение функциональной активности барьера психической адаптации»). В связи с этим следует упомянуть теорию эмоциональ-

ной неспецифичности F. Alexander (1951), пришедшего к выводу, что изучавшиеся психосоматические расстройства (эссенциальная гипертензия, бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит, ревматоидный артрит, тиреотоксикоз) возникают как результат психофизиологических проявлений, специфичных для постоянного эмоционального напряжения.

Эмоциональная напряженность сама по себе не является обязательным предвестником нервно-психического срыва: состояние может нормализоваться под влиянием эффективно работающих компенсаторных механизмов. Но при сниженной адаптивности эмоциональное напряжение может оказаться избыточным. В этом случае происходит качественный скачок в состоянии и, в зависимости от места наименьшего сопротивления в конституционально заданном типе реагирования, возникает нарушение нервно-психического баланса, которое может пойти по пути: 1) невротизации; 2) соматизации; 3) девиации поведения.

Тип дизадаптации по невротическому варианту проявляется невротическими реакциями, неврозами, невротическим развитием. Соматобио логическая дизадаптация (или соматизация) приводит к заболеваниям психосоматическим. Девиация поведения проявляется социально-психологической дизадаптацией в виде алкоголизма, наркоманий, тенденции к межличностным конфликтам, психопатическим чертам, антисоциальному поведению.

Авторы считают, что для правильного выбора медико-профилактической тактики надо решить следующие задачи: 1. Выявить средовые влияния, создающие «зону повышенного риска» возникновения эмоциональной напряженности, особенно в тех условиях, когда эти влияния могут учитываться и регулироваться или, напротив, когда они неизбежны и избыточны. 2. Выявить в условиях массовых исследований лиц, характеризующихся низким порогом толерантности к стрессирующим явлениям. 3. Разработать прогностические критерии для определения пути, по которому может пойти эмоциональное напряжение, если состояние перерастает в нервно-психический срыв (невротический, психосоматический или поведенческий вариант).

У детей, также как и у взрослых, задолго до появления явных пограничных нервно-психических расстройств обнаруживаются отдельные признаки *эмоционального напряжения и состояния хронической тревожности* [Ефимов Ю. А., 1900, Исаев Д. Н., 1996]. Эмоциональное напряжение и тревожность субъективно воспринимается старшими детьми как состояние беспокойства, душевный дискомфорт. А у младших детей можно констатировать различной стойкости и выраженности дистимические явления, суетливость, неусидчивость, двигательное беспокойство. Наряду с психическими признаками, достоверно чаще, чем у детей с низким эмоциональным напряжением, можно выделить преневротические, вегетодистонические и соматические проявления таких состояний, которые Ю. Ф. Антропов и Ю. С. Шевченко (2000) расценивают как маскированные проявления депрессии.

Преневротические проявления: расстройства сна, тики, патологические привычки, навязчивости, беспричинный страх. К вегетодистоническим проявлениям относятся головокружения, головные боли, сердцебиения, одышка,

обмороки, повторные боли в животе, гиперемия кожи при волнении. Соматические проявления включают повышенную жажду, булимию, рвоту после еды, ожирение, непереносимость отдельных видов пищи, субфибрилитет неясного происхождения, эпизодический кожный зуд, кожные высыпания.

Д. Н. Исаев (1996) считает такие психосоматические симптомы не только признаком хронической тревожности ребенка, но также показателем склонности к развитию стойкого заболевания. Он предлагает использовать комплексный подход при диспансеризации детей, подверженных высокому риску психосоматических расстройств.

— Обнаружение стрессовых факторов.

— Выявление психических проявлений состояния хронической тревожности.

— Выявление вегетативных и соматических расстройств (возбудимости, утомляемости, раздражительности, вегетативной лабильности, колебаний артериального давления, потливости, зябкости, слабости, неприятных ощущений в области желудка, сердца, нарушений терморегуляции и пр.).

— Учет отмечаемых у детей острых психосоматических реакций, возникающих под влиянием трудных ситуаций.

— Изучение эмоционального состояния детей с помощью психологических методик.

В то же время, рассматривая необходимость раннего предупреждения нарушений психического и соматического здоровья у «условно здоровых» детей с целью оптимизации условий их воспитания в семье и обучения в образовательном учреждении, Д. Н. Исаев выделяет следующие исследовательские моменты.

— Изучение темперамента, особенностей личности, выявление психопатических и акцентуированных черт.

— Выявление или исключение органической неполноценности ЦНС.

— Оценка влияния семьи, школьного и другого детского коллектива.

— Оценка материально-бытового состояния семьи.

— Оценка развития ребенка: асинхронии (неравномерности), ретардации (отставания), акселерации (ускорения развития) и пр.

— Диагностика текущих хронических соматических и других заболеваний и роли перенесенных в прошлом вредностей и болезней.

Индивидуально-психологические особенности личности и степень выраженности эмоционального напряжения до того, как оно перерастет в клинически очерченное состояние нервно-психической дизадаптации, можно определить с помощью некоторых *психодиагностиических методик*. Это позволяет своевременно нацелить врачей, психологов, педагогов и социальных работников на путь *индивидуально разработанных мер превентивного порядка*. Психодиагностические исследования взрослых показали, что тип реакции личности в стрессе в значительной степени обусловлен ее базисными свойствами и может быть определен до ситуации стресса на основании значимых психологических критериев. При этом наиболее информативным является изучение диапазона колебаний личностных свойств, особенно пока-

зателей эмоциональных реакций (уровня тревожности, активности, настроения, состояния регуляторных и контролирующих функций, включенности компенсаторных механизмов) [Александровский Ю. С, 1993].

По мнению Д. Н. Исаева, тревожную напряженность ребенка и подростка также можно выявить с помощью следующих психологических методик. 1. Опросник Айзенка, позволяющий по показателю нейротизма выявить эмоциональную неустойчивость, отражающую в значительной степени выраженность тревожности. 2. Личностный вопросник Кеттелла, дающий возможность по фактору Q4 судить о напряженности, фрустрированности, по фактору N — о мрачных опасениях, неуверенности, тревожности. 3. Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, оценивающая предиспозиционное эмоциональное состояние и актуальную тревожность. 4. Тест выбора цветов М. Люшера, модифицированный А. М. Эткиндом в Цветовой тест отношений (ЦТО) для получения эмоциональных характеристик ребенка о себе и значимых для него людях. 5. Метод незаконченных предложений, позволяющий выявить имеющееся душевное беспокойство и его соматические проявления. 6. Опросник детской тревожности Рейнолдса [Reynolds C. R., 1981], созданный таким образом, чтобы ребенок мог оценить свое самочувствие, в том числе различные формы проявления тревоги: неустойчивость вегетативных функций и личностно-оценочный аспект. 7. Опросник детской тревоги Клинедиста [Klinedist J. K., 1974], адресованный матери, и позволяющий судить о проявлениях тревоги ребенка по особенностям его поведения. 8. Рисунок семьи, позволяющий на невербальном уровне оценить взаимоотношения в семье и косвенно судить об эмоциональном состоянии обследуемого.

Таким образом, программы психопрофилактических мероприятий для взрослых и для детей содержат в себе много общего. Помимо декларируемой всеми авторами необходимости обнаружения конкретных стрессовых факторов, вызывающих состояние эмоционального напряжения (напряженности), это, во-первых, исследование текущего эмоционального состояния широкого контингента лиц и, во-вторых, изучение их индивидуально-личностных особенностей. Ю. А. Александровский и Л. Н. Собчик (1986) подчеркивают, что для оценки *состояния* эмоциональной напряженности «...наиболее информативным является изучение диапазона *колебаний личностных свойств...*».

Психическое состояние интегрирует динамику психических процессов и актуальные фазы различных линий развития. Психическое состояние — это также согласование личностных стремлений и возможностей с особенностями средовых факторов и силой их воздействия. Оно вызывается значимыми для личности или же длительными воздействиями. В состоянии отражена актуальная выраженность свойств личности, сила их проявления. Хотя состояние оказывает значимое влияние на формирование личностных черт, обратное влияние (со стороны черт) сильнее [Куликов Л. В., 1997]. Следовательно, при диагностике степени эмоциональной напряженности необходимо исследовать не только выраженность актуального психического состояния, но также (обязательно) и свойства личности как ее базовые черты. Отметим, что разграничение проявлений личностных свойств и особенностей состояния с точки зре-

ния надежности и обоснованности клинико-психологических исследований до настоящего времени представляет собой самостоятельную проблему.

Как отмечает В. В. Ковалев (1995), уже на первом и втором годах жизни удается выявить некоторые рудименты личностных особенностей, которые чаще обнаруживаются у детей раннего возраста с теми или иными психическими нарушениями, в частности, при невропатических состояниях разного происхождения. Это повышенная тормозимость, чрезмерная привязанность к матери, пассивная подчиняемость в незнакомой обстановке, тревожность, боязливость, эксплозивность.

А. И. Захаров (1982) анализирует личностные свойства детей, страдающих неврозами. Их отличают повышенная эмоциональность, впечатлительность, импрессивность, внутренняя неустойчивость, склонность к беспокойству и волнениям, беззащитность (незащищенность), выраженность чувства «Я». Автор приводит перечень этих свойств в порядке постепенного уменьшения влияния конституционального фактора и увеличения влияния фактора среды. У взрослых большое значение при невротической декомпенсации приобретает нарушение отношения к себе. Пониженная самооценка — признак невротичности. Ее следствием становятся несамостоятельность, избегание ответственности и инфантильность. На этой основе формируется структура клинических проявлений невроза (астенический и фобический синдромы, синдром вегетативно-висцеральных расстройств, нарушений сна) [Михайлова Н. М. и др., 1986].

На основе анализа литературных источников и результатов собственных исследований, Д. Н. Исаев (1996) выделяет комплекс личностных свойств, которые в разных сочетаниях встречаются при всех психосоматических расстройствах. Это замкнутость, тревожность, чувствительность, склонность к легкому возникновению фрустраций (разочарований), преобладание отрицательных эмоций, невысокий уровень интеллекта в сочетании с выраженной нормативностью установок на достижение высоких результатов. Для детей с бронхиальной астмой характерна повышенная чувствительность, возбудимость, тревожность, раздражительность, быстрая смена настроений с преобладанием сниженного, обидчивость, впечатлительность. При вегетососудистой дистонии с гипотензией отмечены легкая возбудимость, чувствительность, ипохондричность, тревожность, неуверенность в себе, недостаточная социальная адаптация. Для вегетососудистой дистонии с гипертензией характерны реактивность, раздражительность, нетерпеливость, напряженность, несобранность, стремление к лидерству, недобросовестность. У больных с гастродуоденальной патологией личностный фон в преморбидном состоянии характеризовали тревожность, мнительность, ранимость, обидчивость, тоскливость, фрустрированность, неуверенность в себе, неумением вербализовать проблемы, сниженная самооценка, потребность в защите. Отметим также, что нервно-психические расстройства (в первую очередь, заостренная эмоциональная неустойчивость) наблюдаются у 88% детей с нейродермитом. Чаще встречаются астенические, астеносубдепрессивные и тревожные расстройства, истерическая симптоматика, нарушения поведения. С течением времени у больных нейродермитом развиваются либо астеноневротический, либо лабильный типы формирования личности.

Таким образом, составной частью психопрофилактики нервно-психических расстройств являются массовые исследования населения. На их основе путем анкетирования, тестирования, экспертной оценки отбираются лица, «отклоняющиеся» по тем или иным параметрам. За ними устанавливают динамическое наблюдение, оказывают им соответствующую помощь.

Психологическая коррекция и психотерапия как способы оказания психопрофилактической помощи

Действенным *способом психопрофилактической помощи,* направленным на восстановление, сохранение и укрепление здоровья человека, являются *психологическая коррекция и психотерапия.* Нередко эти понятия смешивают, употребляя как синонимы. В то же время, несмотря на условность разделения психотерапии и психокоррекции как двух взаимосвязанных форм психологического воздействия на психику человека, их разграничение возможно [Зачепицкий Р. А., 1983, Спиваковская А. С, 1988, Мамайчук И. И., 2000, 205]. *Психотерапия* — это система специально организованных методов *лечебного воздействия* на психику человека и через психику — на организм, преодоление не только болезни, но и страданий. Психотерапевтический процесс ориентирован на *личностные изменения.* Однако, по мнению Б. Д. Карвасарского, «...это не исключает использования психотерапевтических методов (соответствующим образом модифицированных) для решения психогигиенических, психопрофилактических и иных задач...» [Карвасарский Б. Д., 1980].

Психокоррекция направлена на коррекцию, то есть на *исправление* тех или иных отклонений. Психотерапия чаще применяется к лицам, уже заболевшим (например, неврозом или психосоматическим расстройством). В то же время, когда речь идет о людях «еще не больных, но уже не здоровых», например о начинающихся складываться формах невротического реагирования или дизадаптивного поведения, на первый план выступают методы психокоррекции [Klainpeter U., Resler P., 1985].

Теоретической основой психологической коррекции и психотерапии у детей в рамках профилактики нервно-психических нарушений выступают *психодинамический и поведенческий подходы.* В первом случае фокусом приложения терапевтических усилий является сознание, его структура и динамика развития, во втором — активность индивида во внешней среде и отношения с действительностью [Бурменская Г. В. и др., 1990]. Целью *психодинамического подхода* является создание условий, снимающих внешние социальные преграды на пути развертывания внутри личностного конфликта ребенка. Это можно реализовать с помощью методов психоанализа, семейной психотерапии и консультирования, игротерапии, арттерапии. Цель коррекции в рамках *поведенческого подхода* — приобретение ребенком новых реакций, направленных на формирование адаптивных форм поведения или на угасание, торможение, дезадаптивных. Это достигается с помощью различных поведенческих тренингов, психорегулирующих тренировок.

Психодинамический подход разработал 3. Фрейд, которому принадлежит первая аналитическая попытка описания истории развития ребенка — «история маленького Ганса». В основе этого подхода лежит положение об особой структуре личности, которая, по мнению 3. Фрейда, включает в себя три части: «Оно», «Я» и «Сверх-Я». Тесно взаимодействуя друг с другом, каждая из них выполняет свои специфические функции. Нередко эти отношения являются конфликтными, поскольку «Я» должно сдерживать требования «Оно» в соответствии с установками общества — требованиями «Сверх-Я». Конфликт ведет к повышению напряженности, которая субъективно переживается как состояние тревоги, беспокойства, вины. При этом свой конфликт человек может выражать разными способами: посредством психических перестроек; посредством телесных нарушений (дисфункций), проявляющихся в виде хронических психосоматических симптомов; в форме изменения способов поведения.

В результате психологического вмешательства происходит осознание внутриличностного конфликта и психическая стабилизация. Это достигается с помощью специальных приемов, облегчающих вывод в сознание подсознательных представлений. Такую роль выполняют, в первую очередь, свободные вербальные ассоциации и психоаналитические беседы. Поскольку прямое использование в детском психоанализе метода свободных ассоциаций наталкивалось на значительные затруднения, стали искать пути их преодоления [Freud A., 1948, Klein M., 1959]. Это привело к введению в психоаналитическую практику трех принципиально новых положений, специфичных для детского возраста: 1) о спецификации связи аналитик-ребенок; 2) о необходимости обращения к анализу игры и рисунка как символической деятельности ребенка; 3) о необходимости установления связи аналитик-родители.

Первоначально в качестве условия установления связи между ребенком и терапевтом А. Фрейд видела позитивное эмоциональное отношение ребенка к терапевту. Однако по мере развития детской аналитической техники, средствами установления терапевтической аналитической связи стали сотрудничество и игра. Сотрудничество достигается путем *вербализации терапевтом переживаний ребенка в ситуации «здесь и теперь». Через вербализацию аффектов* ребенка терапевтом *становятся возможны осознание ребенком пережитых конфликтов и их преодоление.*

Работа психоаналитического направления по разработке эффективных терапевтических техник и процедур привела к их обобщению в двух основных формах терапии психодинамического подхода: *игротерапии* [Klein M., 1955, Landreth G., 1994] и *арттерапии* (терапии искусством или рисуночной терапии) [Kramer E., 1975, Хайкин Р. Б., 1992].

Игровая терапия основана на том, что игра может моделировать деятельность, воспроизводящую по аналогии с реальностью придуманную, воображаемую, желаемую действительность. В условных обстоятельствах игра дает ребенку или подростку возможность переживать удачи, успех в борьбе, раскрыть свои физические и умственные способности. Игры у детей — важный материал для раскрытия эмоциональных отношений и душевных конфликтов.

Игровая терапия наиболее эффективна у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Однако ее можно использовать и в работе с подростками в моделируемой ситуации, обучая их принятию решения в момент стресса.

Арттерапия — терапия изобразительным творчеством, используется в качестве средства общения при совместном рисовании, для эффекта расслабления, улучшения самооценки и преодоления разочарования. Рисование снижает внутреннее сопротивление личности в процессе коррекции и лечения, способствует концентрации внимания на переживаемых трудностях. Это улучшает их понимание, формулирование и отреагирование.

Психотерапия посредством рисования наиболее эффективна у детей 4-11 лет. Особенно это касается конкретных страхов. Рисунки также могут служить показателем происходящих в процессе психологического воздействия изменений [Исаев Д. Н., 1996].

Осознание аналитиками необходимости союза с родителями в профилактике и преодолении отклонений в развитии личности ребенка привело к созданию *перспективной практики работы психолога с родителями* в различных формах — от просвещения и консультирования до тренинга родительских групп [Minuchin S., 1974, AckermanN. W., 1982, Спиваковская А. С, 1988, Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999]. Особое значение для психопрофилактики имеют семейное консультирование и семейная психотерапия. Семейное консультирование предполагает изучение совместно с психотерапевтом запроса или проблемы члена семьи для изменения ролевого взаимодействия в семье и обеспечения возможностей личностного роста. Основное внимание в процессе консультирования придается анализу ситуации в семье, особенностям ролевого взаимодействия; поиску личностных ресурсов субъектов консультирования; обсуждению способов разрешения ситуации («веера решений»).

В качестве клиентов в консультировании обычно участвуют не больные, а здоровые дети, подростки и взрослые, имеющие какие-либо проблемы. Семейные консультанты чаще используют информирование, объяснения, советы, тогда как психотерапевтам больше приходится слушать. Консультанты делают основной акцент на личностных и семейных ресурсах [Nelson-Jones R., 2000]. Они стараются так взаимодействовать с членами семьи, чтобы у тех появилось новое видение ситуации, новые переживания, мысли и способы действий, новые цели. Влияние родителей на ребенка огромно, поэтому один из путей воздействия на него — через родителей. Нередко консультант как бы представляет ребенка его собственным родителям, знакомит их с ним. Он так формулирует вопросы, взаимодействуя с ребенком, чтобы в ответах ребенка его личностные особенности, переживания, представления выглядели для родителей ново, а сам он предстал перед ними в выгодном свете. Он стремится к реабилитации ребенка в глазах родителей, к принятию его таким, каков он есть [Гарбузов В. И., 1997].

Семейная психотерапия — это система психологических воздействий на семью как живую открытую систему с целью оптимизации ее функционирования. В процессе психотерапии выделяются и исправляются нарушения в таких сферах жизнедеятельности семьи, как семейные представления, меж-

личностное общение в семье, семейная интеграция и система ролей. Семейный психотерапевт не только осуществляет присоединение к семье, но и входит в нее в качестве элемента, обладающего энергией, информацией и волей. Он побуждает членов семьи к терапевтическим изменением, к пересмотру существующих правил и границ, подсистем и коалиций [Эйдемиллер Э. Г., ЮстицкисВ. В., 1999].

Теоретической основой *поведенческого подхода* является теория обучения. Разнообразные методики этого вида терапии используют *внешние воздействия с целью подкрепления или подавления эмоциональных и поведенческих отклонений.* С этой целью вычленяются из поведения те элементы, которые будут поощряться или подвергаться наказанию, выбирается оптимальная программа и организуется обстановка, в которой наиболее вероятно достижение желаемой модификации поведения. Этому также способствует изучение поведения детей.

Положительное подкрепление может проявляться как заинтересованность взрослого, поощрения, похвалы, материальные формы вознаграждения или оценка в форме жетонов и баллов. Отсутствие подкрепления в случае нежелательного поведения — это игнорирование того, что делает ребенок, создание неприятной для него ситуации (например, оставление ребенка в одиночестве). Отрицательное подкрепление может разрушить поведение ребенка, сыграть роль дурного примера, оказать на ребенка дурное воздействие. Следует помнить, что наказания должны применяться умеренно и только в редких случаях составлять основу воздействия.

Распространенный вариант поведенческой коррекции и терапии — десенситизация — представляет собой искусственное вызывание болезненных переживаний с целью снятия эмоционального напряжение и уменьшения чувствительности ребенка и подростка к определенным раздражителям [Исаев Д. Н., 1966].

Следует отметить, что по мере взросления ребенка, особенно в подростковом возрасте, возрастает значение групповых форм психокоррекционной и психотерапевтической работы (использования социально-психологического тренинга и групповой психотерапии).

ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Психопрофилактическая работа в конкретных образовательных и лечебных учреждениях может проводиться как с отдельными детьми, подростками или их группами, так и с окружающими людьми, которые оказывают влияние на формирование личности детей. Она осуществляется бла-

годаря совместным усилиям медицинских работников, воспитателей и учителей, клинических психологов. Медицинским работникам необходимо брать на учет детей, которые имеют в анамнезе перинатальную патологию; задержку нервно-психического развития в раннем детстве; перенесенные мозговые инфекции; заболевания, протекавшие с осложнениями; операции, проведенные под общим наркозом; нейротравму; проявление аллергии; заболевания, вызывающие длительную астенизацию. В связи с необходимостью динамического наблюдения за состоянием здоровья школьников рекомендуется шире использовать скрининг-методы, учитывающие основные симптомы невротического порядка: головную боль, повышенную утомляемость, страхи, вегетативную лабильность, нарушения сна, гиперкинезы, пароксизмальные состояния, признаки системных неврозов.

Воспитателям и учителям рекомендуют включать в группу риска тех учащихся, черты характера которых делают их трудными в обучении, во взаимоотношениях со сверстниками, старшими. К ним относят таких детей: застенчивых, не уверенных в себе; гиперсоциальных (страдающих от страха получения плохой отметки, от нерасположения учителей или сверстников, обостренно воспринимающие неудачи в школе и общении); физически слабых, переживающих чувство унизительной беспомощности, а также не способных себя защитить; имеющих психофизический дефект или переживающих чувство дефектности, вины, неприятия; с нарушениями общения, замкнутых; чрезмерно медлительных; с нарушением полоролевой идентификации; эмоционально неустойчивых и склонных к бурному реагированию на стресс.

Однако наиболее важны в настоящем контексте задачи, стоящие перед детскими психиатрами, психотерапевтами и клиническими психологами.

1. Медико-психологическая диагностика. Групповые исследования и индивидуальная психодиагностика направлены на выявление наиболее часто встречающихся проявлений начального периода психических заболеваний (невротических реакций, астенических состояний, задержек психического развития и тех индивидуально-психологических особенностей, которые могут провоцировать сложности в развитии ребенка и быть фактором риска нарушения психического здоровья). По результатам таких исследований определяются программы последующей лечебной и коррекционной работы с ребенком или группой детей, выбор направления консультирования, наиболее актуальной тематики психологического просвещения, проверяется эффективность психопрофилактических мер.

2. Психологическая коррекция и психотерапия как комплекс психолого-педагогических и лечебных воздействий направлены на устранение имеющихся у детей конфликтов, эмоциональных и поведенческих отклонений, на личностные саногенные изменения, а также на оптимизацию развития психологических процессов и гармонизацию личности ребенка в целом.

3. Психологическое просвещение. Психологическое просвещение детей и подростков включает передачу психологических знаний и развивающее обучение на специальных занятиях или уроках психологии. Психологическое просвещение воспитателей, учителей и родителей предполагает передачу взрос-

лым знаний о возрастных и индивидуально-психологических особенностях детей и тех условиях, которые способствуют полноценному личностному развитию ребенка, сохранению и укреплению его психического здоровья, а также препятствуют возникновению эмоционального перенапряжения и конфликтов. Важно, чтобы в результате такого просвещения взрослые осознали свою ответственность за соблюдение этих условий в школе и семье.

4. Психологическое консультирование предполагает помощь в решении конкретных проблем, с которыми к психологу обращаются дети, подростки и взрослые (родители, воспитатели и учителя).

5. Научные исследования в области психопрофилактики включают в себя теоретическое обоснование и разработку новых психодиагностических, психокоррекционных, психотерапевтических и развивающих методов работы.

Принципы психопрофилактической работы.

1. Личностный подход к ребенку (независимо от возраста, пола, социального положения, уровня интеллекта, академической успешности).

2. Учет его возрастных и других индивидуально-психологических особенностей, прежде всего, свойств и типа формирующейся личности.

3. Знание и понимание содержания трудных с точки зрения самих детей жизненных ситуаций, которые могут провоцировать формирование патогенных состояний и вести к заострению черт личности.

4. Учет характера личностного реагирования ребенка на вредности, в том числе, особенностей психологических защитных механизмов и копинг-стратегий, которые могут выполнять как адаптивные (профилактические), так и дизадаптивные функции.

Психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств основывается на своевременной донозологической диагностике отклонений в развитии и социальной адаптации детей и подростков, а также на использовании различных методов психотерапии, модифицированных для решения задач психопрофилактики.

Выделяют различные методы психопрофилактики, основанные на определенных теориях личности и психотерапии.

Часто психопрофилактика носит комплексный характер, сочетая в себе не только корригирующие психологические воздействия, но и режимные мероприятия, оптимизацию учебного процесса и др.

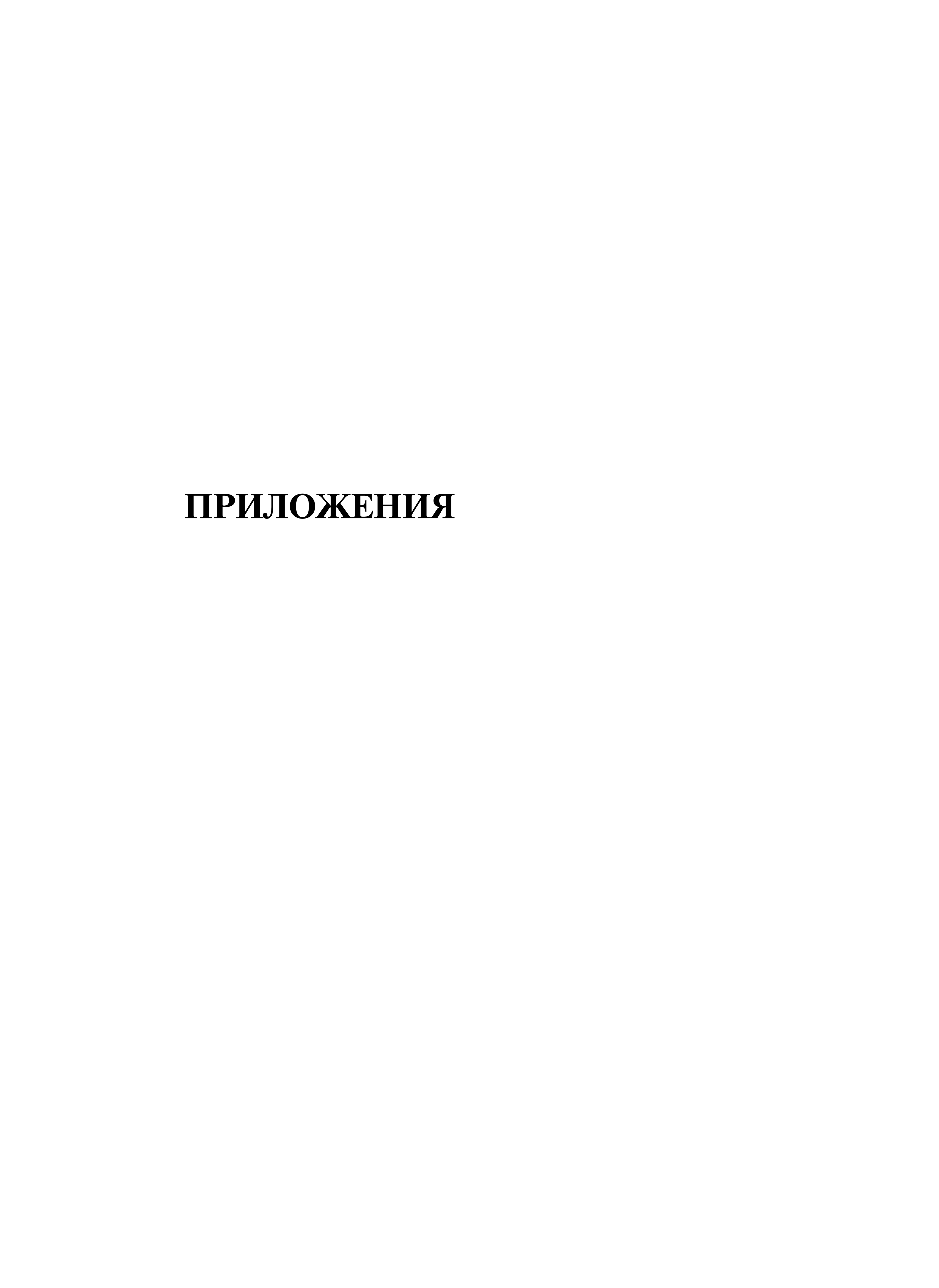
К

Контрольные вопросы

1. Какова распространенность психических заболеваний у детей и подростков?
2. В чем состоит первичная, вторичная и третичная профилактика психических заболеваний?
3. Что понимают под ситуациями риска нарушения психического здоровья детей?
4. Какие психопрофилактические цели преследуют массовые исследования детей?
5. В чем состоит сущность психодинамического и поведенческого подходов к коррекции психического развития ребенка в целях психопрофилактики?

Список рекомендуемой литературы

1. *Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидере А. Г.* Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей. — М.: Изд-во МГУ, 1990. - 136 с.
2. *Исаев Д. Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. — СПб.: Специальная литература, 1996. — 454 с.
3. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1995. - 560 с.
4. Психогигиена детей и подростков / Под ред. Г. Н. Сердюковской. — М.: Медицина, 1985. - 224 с.



ПРИЛОЖЕНИЯ

Оказание психиатрической и психотерапевтической помощи детям и подросткам регламентируется следующими документами (приложение 1).

Законодательством о здравоохранении - Основы законодательства об охране здоровья граждан.

Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и УК РФ (в части, касающейся лиц с психическими расстройствами).

Приказами и постановлениями МЗ РФ.

Последипломная подготовка психиатров, детских психиатров, психотерапевтов, сексологов и наркологов, равно как и подготовка врачей других специальностей и провизоров, осуществляется согласно приказу МЗ РФ от 27.08.99 г. № 337 «О номенклатуре специальностей врачей и провизоров в системе здравоохранения Российской федерации».

Приказом № 27 от 13.02.95 г. «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь».

Приложениями к Приказу МЗ РФ от 26.11.96 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».

Кроме указанных документов, в Приложениях приводятся данные о работе Центра восстановительного лечения на примере петербургского ЦВЛ «Детская психиатрия»; опросники для анализа семейных взаимоотношений, схемы сбора анамнеза и формулирования заключения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ. ОСНОВНЫЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.92 г. № 3185

Признавая высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности;

учитывая, что психической расстройство может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку;

отмечая, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства;

принимая во внимание необходимость реализации в законодательстве Российской Федерации признанных международным сообществом и Конституцией Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина;

Верховный Совет Российской Федерации принимает настоящий Закон.

Раздел 1. Общие положения

Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания

(1) Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленным настоящим Законом и другими законами Российской Федерации, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

(2) Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи

(1) Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи состоит из настоящего Закона и других законодательных актов Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

(2) Правительство Российской Федерации и правительства республик в составе Российской Федерации, а также министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции.

(3) Законодательные и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации и республиках в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округах, краях, областях, городах Москве и Санкт-Петербурге, не могу ограничивать права граждан и гарантии их соблюдения при оказании психиатрической помощи, предусмотренные настоящим Законом.

(4) Если международным договором, в котором участвует Российская Федерация, установлены иные правила, чем предусмотренные законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи, то применяются правила международного договора.

Статья 3. Применение настоящего Закона

(1) Настоящий Закон распространяется на граждан Российской Федерации при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации.

(2) Иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Российской Федерации, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными настоящим Законом, наравне с гражданами Российской Федерации.

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

(1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

(2) Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическими расстройствами, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

(2) Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

Уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства.

Получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения.

Психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства.

Содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения.

Все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям.

Оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

Предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки.

Приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом.

Помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением, в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности

(1) Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.

(2) Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации и периодически (не реже одного раза в пять лет) пересматривается в учетом накопленного опыта и научных достижений.

Статья 7. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь

(1) Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, ус-

тановленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.

(2) Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет и лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители (родители, усыновители, опекуны), а в случае их отсутствия — администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения.

(3) Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат. Порядок приглашения адвоката и оплаты его услуг предусматривается законодательством Российской Федерации. Администрация учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечивает возможность приглашения адвоката, за исключением неотложных случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой статьи 23 и пунктом «а» статьи 29 настоящего Закона.

Статья 8. Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья

При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации.

Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Статья 10. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.

(2) Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

(3) Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц.

Статья 11. Согласие на лечение

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

(2) Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

(3) Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РСФСР, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

Статья 12. Отказ **от лечения**

(1) Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона.

(2) Лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Статья 13. Принудительные меры медицинского характера

(1) Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленном Уголовным кодексом РСФСР и Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР.

(2) Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер

медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях.

Статья 14. Судебно-психиатрическая экспертиза

Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР и Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 15. Психиатрической обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего

Основания и порядок амбулаторного и стационарного обследования при решении вопроса о годности гражданина по состоянию его психического здоровья к службе в качестве военнослужащего Вооруженных Сил, войск и органов безопасности, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел определяются настоящим Законом и законодательством Российской Федерации о военной службе.

Раздел II. Обеспечение психиатрической помощи и социальная защита лиц, страдающих психическими расстройствами

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством

(1) Государством гарантируются:

неотложная психиатрическая помощь;

консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;

все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;

социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

решение вопросов опеки;

консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;

обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

(2) Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защиты государство:

создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;

применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;

создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

(3) Обеспечение всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется федеральными органами государственной власти и управления, органами государственной власти и управления республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, органами местного самоуправления в соответствии с их компетенцией, определяемой законодательством Российской Федерации.

Статья 17. Финансирование психиатрической помощи

Финансирование деятельности учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется из фонда здравоохранения, фонда медицинского страхования и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации, в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи.

Раздел III. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов

Статья 18. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь

(1) Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры. Порядок выдачи лицензий на деятельность по оказанию психиатрической помощи устанавливается законодательством Российской Федерации.

(2) Виды психиатрической помощи, оказываемые психиатрическими и психоневрологическими учреждениями или частнопрактикующими врачами-психиатрами, указываются в уставных документах или лицензиях; информация о них должна быть доступна посетителям.

Статья 19. Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи

(1) Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

(2) Иные специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами.

(3) Деятельность врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала по оказанию психиатрической помощи основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом.

Статья 20. Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи

(1) Профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи устанавливаются законодательством Российской Федерации о здравоохранении и настоящим Законом.

(2) Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

(3) Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Статья 21. Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи

(1) При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

(2) Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Статья 22. Гарантии и льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи

Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на льготы, установленные законодательством Российской Федерации для лиц, занятых деятельностью в особых условиях труда, а также подлежат обязательному

государственному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

В случае причинения вреда здоровью, повлекшего временную утрату трудоспособности лица, участвующего в оказании психиатрической помощи, ему выплачивается страховая сумма в пределах его годового денежного содержания в зависимости от тяжести причиненного ущерба. При наступлении инвалидности страховая Сумма выплачивается в размере от годового до пятилетнего денежного содержания в зависимости от степени утраты трудоспособности лица, а в случае его смерти страховая сумма выплачивается его наследникам в размере десятикратного годового денежного содержания.

Раздел IV. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрической освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрической освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основание предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской

документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции суда.

Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона.

(2) Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

(3) В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

(4) При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр в письменном виде, мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании.

(5) Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законнсго представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента

получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи

(1) Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

(3) Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

Статья 27. Диспансерное наблюдение

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

(2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.

(3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар

(1) Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психи-

атра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

(2) Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации.

(3) Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно — по его просьбе или с его согласия.

(4) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(5) Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Статья 29. Основания для **госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке**

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статья 30. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи

(1) Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

(2) Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

(3) Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом РСФСР «О милиции».

Статья 31. Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей

(1) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет и лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещенные в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей, подлежат обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения в порядке, предусмотренном частью первой статьи 32 настоящего Закона. В течение первых шести месяцев эти лица подлежат освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(2) В случае обнаружения комиссией врачей-психиатров или администрацией психиатрического стационара злоупотреблений, допущенных при госпитализации законными представителями несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет либо лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, администрация психиатрического стационара извещает об этом орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного.

Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке

(1) Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

(2) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоя-

щего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

(2) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.

(2) Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении.

(3) Участи в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке.

(1) Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

(2) Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(3) По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33-35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

(1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибуты и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

(3) Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном;

принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

(4) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Статья 38. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

(2) Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

Статья 39. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара

Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, предусмотренных настоящим Законом, в том числе:

обеспечивать находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью;

предоставлять возможность ознакомления с текстом настоящего Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату;

в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию;

информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним;

обеспечивать безопасность находящихся в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач;

выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя;

устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок пригла-

шения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;

выполнять иные обязанности, установленные настоящим Законом.

Статья 40. Выписка из психиатрического стационара

(1) Выписка пациента из психиатрического стационара производится в случае выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

(2) Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.

(3) Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации.

(4) Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

(5) Пациенту, помещенному в психиатрический стационар добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные статьей 29 настоящего Закона. В таком случае вопросы его пребывания в психиатрическом стационаре, продления госпитализации и выписки из стационара решаются в порядке, установленном статьями 33-36 и частью третьей статьи 40 настоящего Закона.

Статья 41. Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения

(1) Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — решением органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишающего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица — также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

(2) Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологической учреждение для социального обеспечения.

Статья 42. Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения

Основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учрежде-

ние для специального обучения являются заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.

Статья 43. Права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений

(1) Лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона.

(2) Обязанности администрации и персонала психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения по созданию условий для реализации прав лиц, проживающих в нем, устанавливаются статьей 39 настоящего Закона, а также законодательством Российской Федерации о социальном обеспечении и об образовании.

(3) Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствования лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности.

Статья 44. Перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения

(1) Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.

(2) Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения производится:

по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно;

по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным.

Раздел V. Контроль и прокурорский надзор за деятельностью по оказанию психиатрической помощи

Статья 45. Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи

(1) Контроль за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляют органы местного самоуправления.

(2) Контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют федеральные, республиканские (республик в составе Российской Федерации), автономной области, автономных округов, краевые, областные, городов Москвы и Санкт-Петербурга органы здравоохранения, социального обеспечения и образования, а также министерства и ведомства, имеющие такие учреждения.

(3) Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами республик в составе Российской Федерации и подчиненными им прокурорами.

Статья 46. Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи

(1) Общественные объединения врачей-психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положениями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи. Право посещения психиатрических и психоневрологических учреждений должно быть отражено в уставах (положениях) этих объединений и согласовано с органами, в ведении которых находятся психиатрические и психоневрологические учреждения.

(2) Представители общественных объединений обязаны согласовать условия посещения с администрацией психиатрического или психоневрологического учреждения, ознакомиться с правилами, действующими в нем, выполнять их и подписать обязательство о неразглашении врачебной тайны.

Раздел VI. Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи

Статья 47. Порядок и сроки обжалования

(1) Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.

(3) Жалобы может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы.

(4) Лицу, пропустившему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

Статья 48. Порядок рассмотрения жалобы в суде

(1) Жалобы на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных ко-

миссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, рассматриваются судом в порядке, предусмотренном главой 24 Гражданского процессуального кодекса РСФСР и настоящей статьей.

(2) Участие в рассмотрении жалобы лица, чьи права и законные интересы нарушены, если позволяет психическое состояние, его представителя, лица, чьи действия обжалуются, или его представителя, а также прокурора, является обязательным.

(3) Расходы, связанные с рассмотрением жалобы в суде, несет государство.

Статья 49. Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом)

(1) Жалоба, поданная в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), рассматривается в десятидневный срок с момента обращения.

(2) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) по существу жалобы должно быть мотивированным и основанным на законе.

(3) Копия решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) в трехдневный срок после рассмотрения жалобы по существу направляется или вручается заявителю и лицу, чьи действия обжалуются.

(4) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном главой 24 Гражданского процессуального кодекса РСФСР.

Статья 50. Ответственность за нарушение настоящего Закона

Уголовная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации. Административная и иная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливаются законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Президент Российской Федерации Б. Ельцин
Москва, Дом Советов России
2 июля 1992 года
ЛР *3185-1*

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.08.99 г. №337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» во исполнение решения коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.04.99 г. протокол №7 «О номенклатуре специальностей врачей и провизоров в системе здравоохранения Российской Федерации»

Приказываю:

1. Ввести в действие с 01.10.99 г.:

1.1. Номенклатуру (классификатор) специальностей специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Российской Федерации (приложение 1).

1.2. Перечень соответствия врачебных и провизорских специальностей должностям специалистов (приложение 2).

2. Руководителям органов управления здравоохранения, органов управления фармацевтической службой субъектов Российской Федерации, главным врачам Центров Госсанэпиднадзора в субъектах Российской Федерации, руководителям научных и образовательных медицинских учреждений считать действующими до очередной аттестации врачей и провизоров ранее присвоенные им квалификационные категории.

3. Отделу медицинской статистики и информатики до 1 января 2000 г. пересмотреть формы отчетов учреждений здравоохранения и внести изменения в соответствии с номенклатурой специальностей, утвержденной настоящим приказом.

4. Контроль за выполнением приказа возложить на первого заместителя министра здравоохранения Российской Федерации Онищенко Г. Г.

Министр здравоохранения Российской Федерации
Ю. Л. Шевченко

Примечание:

1. Подготовка специалистов по основным специальностям проводится через интернатуру (по специальностям, определяемым Минздравом России), ординатуру, аспирантуру.

2. Подготовка специалистов по специальностям, требующим углубленной подготовки, проводится через профессиональную переподготовку, ординатуру, аспирантуру при наличии сертификата по соответствующей основной специальности.

3. Специалист, имеющий высшее медицинское, фармацевтическое образование, имеет право на подготовку и получение основной специальности либо специальности, требующей углубленной подготовки, только при наличии допуска к соответствующей должности.

Заместитель начальника Управления кадровой политики
М. М. Паршин

Приложение 1
К приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 27.08.99 г. № 337
Номенклатура (классификатор) специальностей специалистов
с высшим медицинским и фармацевтическим образованием
в учреждениях здравоохранения Российской Федерации

Основная специальность	Специальность, требующая углубленной подготовки
1	2
040100 лечебное дело	
040101 акушерство и гинекология	
040102 аллергология и иммунология	
040103 анестезиология и реаниматология	040103.01 токсикология
040104 дерматовенерология	
040105 генетика	040105.01 лабораторная генетика
040106 инфекционные болезни	
040107 клиническая лабораторная диагностика	
040108 лечебная физкультура и спортивная медицина	
040109 неврология	040109.01 (040123.01) мануальная терапия 040109.02 рефлексотерапия
040110 общая врачебная практика (семейная медицина)	
040111 отоларингология	040111.01 сурдология-оториноларингология
040112 офтальмология	
040113 патологическая анатомия	
040114 профпатология	
040115 психиатрия	040115.01 псхотерапия 040115.02 (040127.02) сексология
040116 психиатрия-наркология	
040117 радиология	
040118 рентгенология	
040119 скорая медицинская помощь	
040120 социальная гигиена и организация здравоохранения	
040121 судебно-медицинская экспертиза	

; разо-
• либо
|идо-

щпики
1 *шин*

Продолжение

1	2
040122 терапия	040122.01 гастроэнтерология 040122.02 гематология 040122.03 гериатрия 040122.04 диетология 040122.05 кардиология 040122.06 клиническая фармакотерапия 040122.07 нефрология 040122.08 пульмонология 040122.09 ревматология 040122.10 (040125.06) трансфузиология 040122.11 ультразвуковая диагностика 040122.12 функциональная диагностика
040123 травматология и ортопедия	040123.01 (040109.01) мануальная терапия
040124 физиотерапия	
040125 фтизиатрия	
040126 хирургия	040126.01 колопрокгология 040126.02 нейрохирургия 040126.03 онкология 040126.04 сердечно-сосудистая хирургия 040126.05 торакальная хирургия 040126.06 (040122.10) трансфузиология 040126.07 урология 040126.08 челюстно-лицевая хирургия 040126.09 эндоскопия
040127 эндокринология	040127.01 диабетология 040127.02 (040115.02) сексология
040128 онкология	
040200 педиатрия	
040201 педиатрия	040201.01 (040202.01) детская онкология 040201.02 детская эндокринология
040202 детская хирургия	
040203 неонатология	
040300 медико-профилактическое дело	
040301 бактериология	
040302 вирусология	
040303 общая гигиена	040303.01 гигиена детей и подростков 040303.02 гигиеническое воспитание 040303.03 гигиена питания 040303.04 гигиена труда 040303.05 коммунальная гигиена 040303.06 радиационная гигиена
040304 дезинфектология	
040305 паразитология	
040306 социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы	
040307 санитарно-гигиенические лабораторные исследования	
040308 эпидемиология	

Продолжение

1	2
040400 стоматология	
040401 стоматология	040401.01 ортодонтия 040401.02 стоматология детская 040401.03 стоматология терапевтическая 040401.04 стоматология ортопедическая 040401.05 стоматология хирургическая
040500 фармация	
040501 управление и экономика фармации	
040502 фармацевтическая технология	
040503 фармацевтическая химия и фармакология	
040600 сестринское дело	
040700 валеология	
012200.62 биофизика 012201.02 медицинская биофизика	
012200.03 биофизика 012201.03 медицинская кибернетика	
012300.02 биохимия 012301.02 медицинская биохимия	

Приложение 2
К приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 27.08.99 г. № 337
Перечень соответствий врачебных и провизорских специальностей
должностям специалистов

№ п/п	Наименование врачебной (провизорской) должности	Наименование врачебной (провизорской) специальности
1	2	3
	I. Руководители учреждений	
1.	Главный врач (директор, заведующий, начальник)	Социальная гигиена и организация здравоохранения или клиническая специальность
2.	Главный врач Центра Госсанэпиднадзора — главный государственный санитарный врач, главный врач (рукводитель, директор, начальник)	Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы или медико-профилактическая специальность
3.	Заведующий-провизор	Управление и экономика фармации или провизорская специальность
4.	Заместитель главного врача (директора, заведующего, начальника)	Социальная гигиена и организация здравоохранения или клиническая специальность
5.	Заместитель главного врача Центра Госсанэпиднадзора — главный государственный санитарный врач, главный врач (рукводитель, директор, начальник)	Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы или медико-профилактическая специальность

Продолжение

1	2	3
6.	Заместитель заведующего — провизор	Управление и экономика фармации или провизорская специальность
II. Руководители структурных подразделений учреждений (отделов, отделений, лабораторий, кабинетов и др.)		
7.	Заведующий (начальник)	По профилю подразделения
7а.	Заведующий приемным отделением	По профилю любого лечебного подразделения, входящего в структуру учреждения, кроме параклинических подразделений
7б.	Заведующий организационно-методическим отделом (кабинетом)	Социальная гигиена и организация здравоохранения или клиническая или медико-профилактическая специальность
8.	Заведующий санитарно-гигиеническим отделом	По профилю любого гигиенического подразделения (должности врача, входящего в состав (штат) отдела)
III. Врачи-специалисты		
9.	Врач акушер-гинеколог	Акушерство и гинекология
10.	Врач акушер-гинеколог цехового врачебного участка	Акушерство и гинекология
11.	Врач-аллерголог-иммунолог	Аллергология и иммунология
12.	Врач-анестезиолог-реаниматолог	Анестезиология и реаниматология
13.	Врач-гастроэнтеролог	Гастроэнетерология
14.	Врач-гематолог	Гематология
15.	Врач-генетик	Генетика
16.	Врач-гериатр	Гериатрия
17.	Врач-дерматовенеролог	Дерматовенерология
18.	Врач-детский онколог	Детская онкология
19.	Врач-детский хурург	Детская хирургия
20.	Врач-детский эндокринолог	Детская эндокринология
21.	Врач-диабетолог	Диабетология
22.	Врач-диетолог	Диетология
23.	Врач-инфекционист	Инфекционные болезни
24.	Врач-кардиолог	Кардиология
25.	Врач клинической лабораторной диагностики	Клиническая лабораторная диагностика
26.	Врач клинический фармаколог	Клиническая фармакология
27.	Врач-колопроктолог	Колопроктология
28.	Врач-лаборант-генетик	Лабораторная генетика
29.	Врач по лечебной физкультуре	Лечебная физкультура и спорт
30.	Врач по спортивной медицине	Лечебная физкультура и спорт
31.	Врач-методист	Социальная гигиена и организация здравоохранения или социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы или клиническая или медико-профилактическая специальность (в зависимости от учреждения, в котором работает специалист)
32.	Врач-мануальный терапевт	Мануальная терапия

Продолжение

1	2	3
33.	Врач-невролог	Неврология
34.	Врач-нейрохирург	Нейрохирургия
35.	Врач-нефролог	Нефрология
36.	Врач общей практики (семейный врач)	Общая врачебная практика (семейная медицина)
37.	Врач-онколог	Онкология
38.	Врач-отоларинголог	Отоларингология
39.	Врач-офтальмолог	Офтальмология
40.	Врач-офтальмолог-протезист	Офтальмология
41.	Врач-патологоанатом	Патологическая анатомия
42.	Врач-педиатр	Педиатрия
43.	Врач-педиатр участковый	Педиатрия
44.	Врач-педиатр городской (районный)	Педиатрия или социальная гигиена и организация здравоохранения
45.	Врач-неонатолог	Неонатология
46.	Врач приемного отделения	По профилю любого лечебного подразделения, входящего в состав учреждения, кроме параклинических подразделений
47.	Врач-профпатолог	Профпатология
48.	Врач-психотерапевт	Психотерапия
49.	Врач-психиатр	Психиатрия
50.	Врач-психиатр участковый	Психиатрия
51.	Врач-психиатр детский	Психиатрия
52.	Врач-психиатр детский	Психиатрия
53.	Врач-психиатр подростковый	Психиатрия
55.	Врач-психиатр-нарколог	Психиатрия-наркология
56.	Врач-психиатр-нарколог участковый	Психиатрия-наркология
57.	Врач-пульмонолог	Пульмонология
58.	Врач-радиолог	Радиология
59.	Врач-рентгенолог	Рентгенология
60.	Врач-ревматолог	Ревматология
61.	Врач-рефлексотерапевт	Рефлексотерапия
62.	Врач-сексолог	Сексология
63.	Врач-сердечно-сосудистый хирург	Сердечно-сосудистая хирургия
64.	Врач скорой медицинской помощи	Скорая медицинская помощь
65.	Врач-статистик	Социальная гигиена и организация здравоохранения или социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы (в зависимости от учреждения, в котором работает специалист)
66.	Врач-судебно-медицинский эксперт	Судебно-медицинская экспертиза
67.	Врач-судебно-психиатрический эксперт	Психиатрия
68.	Врач-сурдолог-оториноларинголог	Сурдология-оториноларингология
69.	Врач-сурдолог-протезист	Сурдология-оториноларингология
70.	Врач-терапевт	Терапия
71.	Врач-терапевт участковый	Терапия
72.	Врач-терапевт подростковый	Терапия

Окончание

1	2	3
73.	Врач-терапевт участковый цехового врачебного участка	Терапия
74.	Врач здравпункта	Терапия
75.	Судовой врач	Терапия или хирургия, или общая врачебная практика
76.	Врач-токсиколог	Токсикология
77.	Врач-торакальный хирург	Торакальная хирургия
78.	Врач-травматолог-ортопед	Травматология и ортопедия
79.	Врач-трансфузиолог	Трансфузиология
80.	Врач ультразвуковой диагностики	Ультразвуковая диагностика
81.	Врач-уролог	Урология
82.	Врач-эндокринолог	Эндокринология
83.	Врач-фтизиатр	Фтизиатрия
84.	Врач-фтизиатр участковый	Фтизиатрия
85.	Врач функциональной диагностики	Функциональная диагностика
86.	Врач-хирург	Хирургия
87.	Врач-эндокринолог	Эндокринология
88.	Врач-эндоскопист	Эндоскопия
89.	Врач-бактериолог	Бактериология
90.	Врач-вирусолог	Вирусология
91.	Врач по гигиене детей и подростков	Гигиена детей и подростков
92.	Врач по гигиене питания	Гигиена питания
93.	Врач по гигиене труда	Гигиена труда
94.	Врач по гигиеническому воспитанию	Гигиеническое воспитание
95.	Врач-дезинфектолог	Дезинфектология
96.	Врач по коммунальной гигиене	Коммунальная гигиена
97.	Врач по общей гигиене	Общая гигиена
98.	Врач-паразитолог	Паразитология
99.	Врач по радиационной гигиене	Радиационная гигиена
100.	Врач по санитарно-гигиеническим лабораторным исследованиям	Санитарно-гигиенические лабораторные исследования
101.	Врач-эпидемиолог	Эпидемиология
102.	Врач-ортодонт	Ортодонтия
103.	Врач-стоматолог	Стоматология
104.	Врач-стоматолог детский	Стоматология детская
105.	Врач-стоматолог-терапевт	Стоматология терапевтическая
106.	Врач-стоматолог-ортопед	Стоматология ортопедическая
107.	Врач-стоматолог-хирург	Стоматология хирургическая
108.	Врач челюстно-лицевой хирургии	Челюстно-лицевая хирургия
109.	Провизор-технолог	Фармацевтическая технология
110.	Провизор-аналитик	Фармацевтическая химия

Приказ №27 от 13.02.95 г. Министерства Здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь»

В целях реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в части обеспечения гарантированных государством видов психиатрической помощи:

1. Утверждаю:

1.1. Штатные нормативы дневных (ночных) стационаров (отделений, палат), действующих в качестве отдельных структурных подразделений в составе психоневрологических (психиатрических) учреждений (Приложение 1).

1.2. Штатные нормативы ночных стационаров (отделений, палат), организованных на базе дневных стационаров в составе психоневрологических (психиатрических) учреждений (Приложение 2).

1.3. Штатные нормативы медицинского, фармацевтического, педагогического и иного персонала психиатрических больниц, отделений, палат (Приложение 3).

1.4. Штатные нормативы медицинского, фармацевтического, педагогического и иного персонала психоневрологических диспансеров, отделений, кабинетов (Приложение 4).

1.5. Штаты персонала общежитий для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи (Приложение 5).

2. Приказываю:

2.1. Утвержденные настоящим приказом штатные нормативы принять к руководству и исполнению.

2.2. Считать утратившими силу:

2.2.1. Раздел 1. «Дневные стационары» приложения № 3 к приказу Минздрава СССР от 30.04.59 г. N° 225 и изменения к нему, внесенные приказами Минздрава СССР от 12.12.80 г. № 1270 и от 25.06.81 г. № 693.

2.2.2. Пункт 4 приложения 7 и пункт 4 приложения 8 к приказу Минздрава СССР от 21.03.88 г. № 225.

2.2.3. Приложения 2, 3 и 4 к приказу Минздравмедпрома России от 12.08.94 г. № 167.

Приложение 1 к приказу Минздравмедпрома России от 13.02.95 г. №27

Штатные нормативы медицинского и иного персонала дневных (ночных) стационаров (отделений, палат), действующих в качестве отдельных структурных подразделений в составе психоневрологических (психиатрических) учреждений

1. Врачебный персонал:

1.1. Должности заведующих дневными (ночными) стационарами устанавливаются 1 должность на 50 и более мест.

1.2. Должности врачей-психиатров устанавливаются из расчета 1 должность на 25 мест.

1.3. Должности врачей-психотерапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 50 мест.

2. Средний медицинский персонал:

2.1. Должности палатных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 должность на 25 мест.

2.2. Должности процедурных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 должность на 50 мест.

2.3. Должности инструкторов по трудовой терапии устанавливаются только в дневных стационарах из расчета 1 должность на 25 мест.

2.4. Дол лености старших медицинских сестер устанавливаются соответственно должности заведующих дневными и ночными стационарами.

3. Младший медицинский персонал:

3.1. Должности сестер-хозяек устанавливаются 1 должность на дневной (ночной) стационар.

3.2. Должности палатных санитарок или младших медицинских сестер по уходу за больными устанавливаются из расчета 2 должности на 25 мест.

3.3. Должности санитарок-буфетчиц устанавливаются из расчета 1 должность на 25 мест.

4. Иной персонал:

4.1. Должности психологов устанавливаются только в дневных стационарах из расчета 1 должность на 50 мест.

4.2. Должности социальных работников устанавливаются только в дневных стационарах из расчета 1 должность на 50 мест.

Начальник планово-финансового управления А. А, Ширшов

Приложение 2 к приказу Минздравмедпрома России от 13.02.95 г. №27

Штатные нормативы медицинского и иного персонала ночных стационаров (отделений, палат), организованных на базе дневных стационаров в составе психоневрологических (психиатрических) учреждений

В случаях организации ночного стационара на базе дневного стационара руководство ночным стационаром осуществляется заведующим дневным стационаром и старшей медицинской сестрой дневного стационара.

1. Врачебный персонал:

1.1. Должности врачей-психиатров устанавливаются дополнительно из расчета 1 должность на 25 мест ночного стационара.

1.2. Должности врачей-психотерапевтов устанавливаются дополнительно из расчета 1 должность на 50 мест ночного стационара.

2. Средний медицинский персонал:

2.1. Должности палатных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 25 мест для работы в дневном и ночном стационарах.

2.2. Должности процедурных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 50 мест для работы в дневном и ночном стационаре.

3. Младший медицинский персонал:

3.1. Должности сестер-хозяек устанавливаются дополнительно из расчета 1 должность на 50 мест ночного стационара.

3.2. Должности палатных санитарок или младших медицинских сестер по уходу за больными устанавливаются 2 круглосуточных поста на 25 мест для работы в дневном и ночном стационарах.

3.3. Должности санитарок-буфетчиц устанавливаются дополнительно из расчета 1 должность на 25 мест ночного стационара.

Начальник планово-финансового управления А. А. Ширшов

Приложение 3 к приказу Минздравмедпрома России от 13.02.95 г. №27

Штатные нормативы медицинского, фармацевтического, педагогического и иного персонала психиатрических больниц, отделений, палат*

1. Врачебный персонал:

1.1. Должности врачей-психиатров устанавливаются из расчета 1 должность на число коек в отделениях (палатах):

1.2. Должности врачей-психотерапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 50 коек.

1.3. Должности врачей-фтизиатров устанавливаются из расчета 1 должность на 45 коек в психотуберкулезных отделениях (палатах).

1.4. Должности врачей-терапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 250 коек для взрослых.

При наличии гериатрических и экспертных коек дополнительно устанавливаются по 1 должности врача-терапевта на 75 гериатрических и 100 экспертных коек.

1.5. Должности врачей-педиатров устанавливаются из расчета 1 должность на 100 коек для детей до 14 лет включительно.

* Штатные нормативы медицинского и педагогического персонала судебно-психиатрических экспертных комиссий и отделений принудительного лечения утверждены приказом Минздрава России от 28.08.92 г. № 240 и приказом Минздрава России от 24.03.93 г. № 49.

Наименование отделений (палат)	Число коек на 1 должность врача		
	Для взрослых	Для подростков	Для детей
Психиатрических:			
при среднем пребывании больного на койке до 20 дней	15	-	-
при среднем пребывании больного на койке от 21 до 70 дней включительно	25	20	20
при среднем пребывании больного на койке от 71 до 100 дней включительно	30	25	25
при среднем пребывании больного на койке более 100 дней	35	30	30
Наркологических:			
для страдающих алкоголизмом	45	40	-
для страдающих наркоманиями и токсикоманиями	35	30	-

1.6. Должности врачей акушеров-гинекологов устанавливаются из расчета 1 должность на 500 коек, используемых для госпитализации женщин.

1.7. Должности врачей-невропатологов устанавливаются из расчета 1 должность на 500 коек.

При наличии гериатрических и экспертных коек дополнительно устанавливаются по одной должности на каждые 75 гериатрических и 100 экспертных коек.

1.8. Должности врачей-физиотерапевтов устанавливаются из расчета 1 должность на 500 коек.

1.9. Должности врачей функциональной диагностики устанавливаются из расчета норм времени на функциональные исследования (Приказ Минздрава РФ от 30.11.93 г. № 283).

1.10. Должности врачей-стоматологов или зубных врачей устанавливаются из расчета 1 должность на 500 коек.

1.11. Должности врачей-офтальмологов устанавливаются из расчета 1 должность на 500 коек.

1.12. Должности врачей-отоларингологов устанавливаются из расчета 1 должность на 500 коек.

1.13. Должности врачей-лаборантов устанавливаются из расчета 1 должность на 400-600 коек, но не менее 1 должности в больницах на 200 и более коек.

1.14. Должности врачей-рентгенологов устанавливаются из расчета 1 должность на 500 коек.

1.15. Должности врачей-патологоанатомов и заведующих патологоанатомическими отделениями устанавливаются в соответствии с действующими штатными нормативами патологоанатомических отделений (прозекторских).

1.16. Должности врачей-статистиков устанавливаются из расчета 1 должность на учреждение.

1.17. Должности заведующих отделениями устанавливаются: психиатрическими и наркологическими до 50 коек в отделении вместо 0,5 должности врача, на 50 и более коек — сверх должностей врачей;

психотуберкулезным, подростковым психиатрическим и детским психиатрическим: до 30 коек в отделении 3 вместо 0,5 должности врача, на 30 коек и более коек — сверх должностей врачей.

1.18. Должности заведующих лабораторией, рентгеновским кабинетом (отделением), физиотерапевтическим кабинетом (отделением), отделом, отделением, кабинетом функциональной диагностики устанавливаются соответственно вместо 0,5 должности врача-лаборанта, врача-рентгенолога, врача-физиотерапевта, врача функциональной диагностики.

В тех случаях, когда для указанных кабинетов, отделений, лабораторий по нормативам предусматривается менее одной врачебной должности, должность заведующего не вводится.

1.19. Должности заместителей главного врача по медицинской части устанавливается: 1 должность на каждые 40 врачебных должностей, включая должности зубных врачей, полагающихся больнице по штатным нормативам.

1.20. Должность врача-эпидемиолога устанавливается в соответствии с действующими штатными нормативами (Приказ Минздрава РФ от 17.09.93 г. № 220).

1.21. Должность врача приемного отделения устанавливается из расчета 1 круглосуточный пост на 500 коек.

Должность заведующего приемным отделением устанавливается на 1000 и более коек.

2. Средний медицинский персонал:

2.1. Должности палатных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на число коек в отделениях (палатах):

2.2. Должности процедурных медицинских сестер устанавливаются из расчета 2 должности на каждое отделение.

2.3. Должности медицинских сестер приемного покоя устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 1000 коек.

2.4. Должности лаборантов устанавливаются из расчета 1 должность на 150 коек.

2.5. Должности рентгенлаборантов устанавливаются соответственно должностям врачей-рентгенологов, включая должность заведующего рентгеновским кабинетом (отделением).

2.6. Должность медицинских сестер физиотерапевтического кабинета, отделов, отделений, кабинетов функциональной диагностики устанавливаются из расчета норм времени на соответствующие виды работ.

2.7. Должности инструкторов по лечебной физкультуре устанавливаются из расчета 1 должность на 600 коек, но не менее 1 должности в больницах на 400 и более коек.

2.8. Должности инструкторов по трудовой терапии (занятости) устанавливаются из расчета 1 должность на 25 психиатрических коек.

2.9. Должности диетсестер устанавливаются из расчета 1 должность на 400 коек, но не более 3 должностей на больницу.

2.10. Должности среднего медицинского персонала патологоанатомических отделений (прозекторских) устанавливаются по действующим штатным нормативам соответствующих подразделений.

Наименование отделений (палат)	Число коек на 1 круглосуточный пост		
	Для взрослых	Для подростков	Для детей
Психиатрических: при среднем пребывании больного на койке до 100 дней включительно при среднем пребывании больного на койке более 100 дней	 25 33	 20 25	 20 25
Наркологических: для страдающих алкоголизмом для страдающих наркоманиями и токсикоманиями	 25 20	 25 20	 -

2.11. Должности дезинфекторов устанавливаются из расчета 1 должность на 400 коек.

2.12. Должности медицинских статистиков устанавливаются из расчета 1 должность на 400 коек, но не более 3 должностей на больницу.

2.13. Должности медицинских регистраторов архива устанавливаются из расчета 1 должность на 500 коек.

2.14. Должности старших медицинских сестер отделений устанавливаются соответственно должностям заведующих отделениями.

2.15. Должность главной медицинской сестры больницы устанавливается в каждом учреждении.

2.16. Должности медицинских сестер социальной помощи устанавливаются из расчета 1 должность на 300 коек.

3. Младший медицинский персонал:

3.1. Должности палатных санитарок или младших медицинских сестер по уходу за больными устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на число коек в отделениях (палатах).

3.2. Должности санитарок-буфетчиц устанавливаются из расчета 1 должность на 25 коек.

3.3. Должности санитарок-ваннщиц устанавливаются в отделениях до 25 коек включительно — 1 должность, в отделениях более 25 коек — 2 должности.

3.4. Должности санитарок для наблюдения за больными и их сопровождения устанавливаются из расчета 1 должность на 25 коек.

3.5. Должность сестры-хозяйки устанавливается из расчета 1 должность на одно отделение.

3.6. Должности санитарок лаборатории, рентгеновского кабинета (отделения) устанавливаются соответственно должностям врачей-лаборантов, врачей-рентгенологов, включая должности заведующих.

3.7. Должности санитарок физиотерапевтического кабинета устанавливаются из расчета 1 должность на 2 должности медицинских сестер по физиотерапии.

3.8. Должности санитарок стоматологического кабинета устанавливаются соответственно должностей врачей-стоматологов (зубных врачей), но не более 1 должности.

Наименование отделений (палат)	Число коек на 1 круглосуточный пост		
	Для взрослых	Для подростков	Для детей
Психиатрических: при среднем пребывании больного на койке до 100 дней включительно при среднем пребывании больного на койке более 100 дней	12 20-25	10 15-20	10 15-20
Наркологических: для страдающих алкоголизмом для страдающих наркоманиями и токсикоманиями	30 20	25 20	-

3.9. Должности санитарок приемного покоя устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 500 коек.

3.10. Должности младшего медицинского персонала патологоанатомических отделений (прозекторских) устанавливаются по действующим штатным нормативам соответствующих подразделений.

4. Персонал аптек:

4.1. Должность заведующего аптекой устанавливается в каждой больнице, имеющей 100 и более коек (на правах заведующего отделением больницы).

4.2. Должность заместителя заведующего аптекой устанавливается в больницах, имеющих 1000 и более коек.

4.3. Должности провизоров-технологов устанавливаются из расчета 1 должность на каждые 500 коек.

4.4. Должности фармацевтов устанавливаются из расчета 1 должность на каждые 300 коек.

4.5. Должности провизоров-аналитиков устанавливаются: в аптеках больниц от 400 до 1000 коек — 0,5 должности, более 1000 коек — 1 должность.

4.6. Должность провизора-технолога для приготовления концентрированных растворов, полуфабрикатов и т. д. устанавливается в больницах на 800 и более коек.

4.7. Должности фасовщиц устанавливаются из расчета 1 должность на каждые 500 коек.

4.8. Должности санитарок аптеки устанавливаются из расчета 40% от общего штата провизоров-технологов и фармацевтов, но не менее 1 должности.

5. Педагогический персонал:

5.1. Должности воспитателей устанавливаются из расчета 1 должность на 15 обучающихся детей.

5.2. Должности логопедов устанавливаются из расчета 1 должность на 30 детей.

6. Медицинский и педагогический персонал лечебно-производственных (трудовых) мастерских и лечебно-производственных предприятий:

6.1. Должности медицинского и педагогического персонала устанавливаются по штатным нормативам, утвержденным приказом Минздрава СССР

от 30.04.59 г. № 225 (с последующими дополнениями) для лечебно-производственных (трудовых) мастерских.

7. Иной персонал:

7.1. Должности психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 50 коек.

7.2. Должности социальных работников устанавливаются из расчета 1 должность на 50 коек.

7.3. Должность юрисконсульта устанавливается из расчета 1 должность на 800 коек, но не менее 1 должности на больницу.

7.4. Для оформления медицинской документации с применением звукозаписывающей аппаратуры (магнитофонов, диктофонов), компьютеров могут вводиться должности медицинских регистраторов (с выполнением машинописных работ) из расчета 1 должность на 75-100 коек.

При централизации этой работы и наличии не менее 5 должностей медицинских регистраторов (с выполнением машинописных работ) может устанавливаться должность старшей медицинской сестры.

Указанные должности (старшая медицинская сестра и медицинские регистраторы) устанавливаются за счет общей численности должностей медицинского персонала, полагающейся больнице.

8. Персонал кухонь:

8.1. Должности служащих и профессии рабочих кухонь устанавливаются по действующим нормативам работников указанных подразделений.

Примечания:

1. Должности медицинского и педагогического персонала психоневрологических диспансерных отделений (кабинетов) в составе психиатрических больниц устанавливаются по штатным нормативам этих отделений (кабинетов).

2. Округления при расчете численности должностей проводить в соответствии с правилами, утвержденными приказом Минздрава СССР от 17.04.80 г. № 404.

3. Для проведения больным консультаций разрешается приглашение специалиста из других учреждений. Необходимые средства для оплаты консультаций должны предусматриваться в смете больниц.

4. Используемый для расчета числа должностей врачей, среднего и младшего медицинского персонала в психиатрических отделениях и палатах показатель средней длительности пребывания больного на койке исчисляется по формуле:

$П = Д / (Ч, + Ч_{г} Ч_{3})$, где

П — средняя длительность пребывания больного на койке в отделении (палате);

Д — число проведенных всеми больными койко-дней в отчетном году в отделении (палате);

Ч, — число больных, состоящих на начало отчетного года в отделении (палате);

$Ч_2$ — число больных, поступивших в отделение (палату) в течение отчетного года;

$Ч_3$ — число больных, поступивших в отчетном году из других психиатрических отделений (учреждений).

При расчете штатов вновь открываемых психиатрических больниц (отделений) показатель средней длительности пребывания больного на койке принимается на уровне предусматриваемого в расчетах к плану.

Начальник планово-финансового управления А. А. Ширшов

Приложение 4 к приказу Минздравмедпрома России от 13.02.95 г. №27

Штатные нормативы медицинского, фармацевтического, педагогического и иного персонала психоневрологических диспансеров, отделений, кабинетов*

1. Штатные нормативы медицинского, фармацевтического, педагогического и иного персонала психоневрологических диспансеров, диспансерных отделений республиканских, краевых, областных больниц:

1.1. Врачебный персонал:

1.1.1. Должности врачей для оказания всех видов психиатрической помощи (кроме наркологической) устанавливаются из расчета 1 должность:

участкового врача-психиатра на 25 тысяч взрослого (18 лет и старше) населения;

участкового подросткового врача-психиатра на 15 тысяч подростков (в возрасте от 15 до 17 лет включительно);

участкового детского врача-психиатра на 15 тысяч детей (до 14 лет включительно).

1.1.2. Должности участковых врачей психиатров для оказания амбулаторной психиатрической помощи населению сельских районов и жителям населенных пунктов, подчиненных администрации городов (т. е. административно не входящих в сельский район), устанавливаются из расчета 1 должность на 40 тыс. населения (взрослых, подростков, детей), но не менее 1 должности участкового врача-психиатра на район (с учетом этих должностей в диспансерных отделениях (кабинетах) городов районного подчинения).

1.1.3. Должности детских (подростковых) врачей-психиатров для оказания помощи учащимся школ-интернатов для детей с задержкой психического развития, умственной отсталостью, специальных учебно-воспитательных учреждений, специальных профессионально-технических училищ устанавливаются из расчета 1 должность на каждое указанное учреждение.

1.1.4. Должности врачей для обеспечения консультативной и организационно-методической работы по психиатрии устанавливаются в штате областного (республиканского, краевого) психоневрологического диспансера (отделения) из расчета 1 должность:

* Штатные нормативы медицинского персонала судебно-психиатрических экспертных комиссий утверждены приказом Минздрава России от 28.08.92 г. № 240 и приказом Минздрава России от 24.03.93 г. № 49.

врача-психиатра на 250 тыс. взрослого населения административной территории;

врача психиатра на 100 тыс. подростков административной территории;

врача-психиатра на 150 тыс. детей административной территории.

1.1.5. Должности врачей-психотерапевтов для больных, находящихся на диспансерном наблюдении, устанавливаются из расчета 1 должность на 100 тыс. населения (взрослых, подростков, детей).

1.1.6. Должность заведующего организационно-методическим консультативным отделом устанавливается в одном из психиатрических учреждений области, края, республики, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

1.1.7. Должность заместителя главного врача по медицинской части устанавливается в штате диспансера при наличии не менее 10 врачебных должностей, включая должность главного врача.

1.1.8. Должность заведующего диспансерным отделением областной (республиканской, краевой) психиатрической больницы устанавливается вместо 0,5 должности врача-психиатра при наличии 4 врачебных должностей; свыше 5 врачебных должностей — сверх этих должностей.

1.2. Средний медицинский персонал:

1.2.1. Должности участковых медицинских сестер устанавливаются соответственно должностям участковых врачей-психиатров, участковых подростковых врачей-психиатров и участковых детских врачей-психиатров, предусмотренных пп. 1.1.1.; 1.1.2.

1.2.2. Должности медицинских сестер врачебных кабинетов устанавливаются соответственно должности врачей, предусмотренных пп. 1.1.4.; 1.1.5.

1.2.3. Должности медицинских сестер социально помощи устанавливаются из расчета 2 должности на 5 должностей участковых врачей-психиатров, участковых подростковых врачей-психиатров, участковых детских врачей-психиатров, полагающихся в соответствии с пп. 1.1.1.; 1.1.2.

1.2.4. Должности медицинских сестер процедурного кабинета для оказания амбулаторной помощи устанавливаются из расчета 1 должность в смену.

1.2.5. Должности медицинских сестер физиотерапевтического кабинета устанавливаются из расчета норм времени на соответствующие виды работ.

1.2.6. Должность медицинского статистика устанавливается в штате диспансера при наличии не менее 12 врачебных должностей.

В штате организационно-методического консультативного отдела дополнительно устанавливается должность медицинского статистика.

1.2.7. Должности медицинских регистраторов устанавливаются из расчета 1 должность на 8 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием, кроме должностей врачей судебно-психиатрических экспертов, но не менее 1 должности на диспансер.

1.2.8. Должность старшей медицинской сестры физиотерапевтического кабинета устанавливается при наличии в штате диспансера не менее 4 должностей медицинских сестер по физиотерапии вместо одной из них.

1.2.9. Должность главной медицинской сестры устанавливается в диспансерах при наличии не менее 40 должностей медицинского персонала.

В диспансере (диспансерном отделении) с меньшим числом должностей устанавливается должность старшей медицинской сестры.

1.3. Младший медицинский персонал:

1.3.1. Должность сестры-хозяйки устанавливается в каждом диспансере (диспансерном отделении).

1.3.2. Должности санитарок врачебных кабинетов устанавливаются из расчета 0,5 должности на каждую должность врача, полагающуюся в соответствии с пп. 1.1.1.; 1.1.2.; 1.1.3.; 1.1.5.

1.3.3. Должности санитарок процедурного кабинета устанавливаются соответственно должностям медицинских сестер этого кабинета.

1.3.4. Должности санитарок физиотерапевтического кабинета устанавливаются из расчета 1 должность на 2 должности медицинских сестер по физиотерапии.

1.4. Должности медицинского и педагогического персонала наркологических диспансерных отделений, психиатрических, наркологических и психотуберкулезных отделений и палат стационара, лечебно-производственных (трудовых) мастерских, лечебно-производственных предприятий, для оформления медицинской документации с применением звукозаписи устанавливаются в диспансерах по штатным нормативам, утвержденным приказом Минздрава СССР от 18.03.76 г. № 270 (по наркологическим диспансерам, отделениям, кабинетам), от 30.04.59 г. № 225 с последующими дополнениями, а также служебным письмом Минздрава СССР от 05.03.83 г. № 02-14/14-14 о штатных нормативах медицинского персонала для ведения медицинской документации.

1.5. Персонал аптек:

1.5.1. Должности фармацевтического и подсобного персонала аптек в диспансерах со стационаром на 100 и более коек устанавливаются по штатным нормативам персонала аптек психиатрических больниц.

1.6. Педагогический персонал:

1.6.1. Должности логопедов для оказания амбулаторной помощи взрослым, подросткам и детям устанавливаются в зависимости от объема работы с учетом обеспечения этой помощью прикрепленных контингентов населения, включая сельское.

1.7. Иной персонал:

1.7.1. Должности психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 75 тысяч населения.

1.7.2. Должности специалистов по социальной работе устанавливаются из расчета 1 должность на 75 тысяч населения.

1.7.3. Должности социальных работников устанавливаются из расчета 1 должность на каждый участок.*

1.7.4. Должности юрисконсультов устанавливаются из расчета 1 должность на диспансер (отделение).

* Должности социальных работников могут вводиться вместо должностей медицинских сестер социальной помощи.

1.8. Персонал кухонь:

1.8.1. Должности служащих и профессии рабочих кухонь устанавливаются по действующим нормативам работников указанных подразделений.

2. Штатные нормативы медицинского и педагогического персонала психоневрологических диспансерных отделений (кабинетов) в составе городских поликлиник или больниц в городах:

2.1. Должности медицинского и педагогического персонала устанавливаются в штате одно из городских поликлиник или больниц при отсутствии в городе (городском административном районе) психоневрологического диспансера в соответствии с пп. 1.1.1.-1.1.4.; 1.1.5.; 1.2.1.-1.2.3.; 1.2.6. (в диспансерных отделениях и кабинетах больниц, не имеющих поликлинических отделений), 1.3.1.; 1.3.2.; 1.3.3. (в диспансерных отделениях и кабинетах больниц, не имеющих поликлинических отделений), 1.6. и дополнительно по следующим правилам:

2.1.1. Врачебный персонал:

2.1.1.1. Должность заведующего психоневрологическим диспансерным отделением устанавливается в отделении, которому в соответствии с пп. 1.1.1.—1.1.3. полагается не менее 2 должностей врачей-психиатров всех наименований вместо одной из них, а в отделении, которому полагается не менее 3,5 указанных должностей, вместо 0,5 должности врача.

2.1.1.2. Должность заведующего психоневрологическим диспансерным отделением в составе больницы, которому полагается до 3,5 должностей врачей-психиатров всех наименований, не вводится, если по числу психиатрических коек в больнице может быть установлена должность заведующего отделением стационара.

2.1.2. Средний медицинский персонал:

2.1.2.1. Должности медицинских сестер социальной помощи в штате отделения устанавливаются соответственно должности участковых врачей-психиатров (в том числе подростковых и детских) в пределах численности должностей среднего медицинского персонала, полагающейся по штатным нормативам амбулаторно-поликлиническим учреждениям (подразделениям), подведомственным соответствующим органам здравоохранения, и диспансерному психоневрологическому отделению (включая должности, предусмотренные для него п. 1.2.3.) с внесением необходимых данных в справки о плановых показателях для расчета штатов этих учреждений.

2.1.2.2. Должности медицинских сестер процедурного кабинета в составе диспансерных отделений больниц, не имеющих поликлинических отделений, устанавливаются из расчета 1 должность на 3 должности врачей, ведущих амбулаторный прием, но не более одной должности в смену.

2.1.2.3. Должность медицинского статистика устанавливается в штате организационно-методического консультативного кабинета диспансерного отделения. Если последнее организовано в составе областной (краевой, республиканской) больницы, эта должность может быть введена в штат отделения медицинской статистики организационно-методического отдела этой больницы.

2.1.2.4. Должность старшей медицинской сестры психоневрологического диспансерного отделения устанавливается в отделении с числом полагающихся должностей врачей-психиатров всех наименований для обеспечения амбулаторного приема не менее 5.

Примечания:

2. В штатные расписания могут вводиться только целые, 0,25, 0,5 или 0,75 должности.

Округление по одноименным должностям может производиться как по отдельным структурным подразделениям, так и по нескольким, или на учреждение в целом в следующем порядке:

Итоговые цифры менее 0,13 отбрасываются, цифры 0,13-0,37 округляются до 0,25; цифры 0,38-0,623 округляются до 0,5; цифры 0,63-0,87 округляются до 0,75, а свыше 0,87 — до единицы.

В таком же порядке допускается округление по категориям персонала (врачи, средний и младший медицинский персонал и др.), но лишь в целом по учреждению.

3. Штатное расписание учреждения не предопределяет рабочее место медицинского работника.

4. Для проведения консультаций больных разрешается приглашение специалистов из других учреждений в пределах средств, предусматриваемых для этих целей в смете учреждения.

Начальник планово-финансового управления А. А. Ширшов

Приложение 5 к приказу Минздравмедпрома России от 13.02.95 г. №27

Штатные нормативы персонала общежитий для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи

1. Руководящие работники, специалисты, служащие и рабочие:

1.1. Должность заведующего общежитием устанавливается в каждом общежитии.

1.2. Должность кастелянши, численность уборщиц, рабочих, дворников и др. устанавливается по нормам на соответствующие виды работ.

2. Медицинский персонал:

2.1. В общежитиях до 100 мест устанавливается 0,25 должности врача-психиатра, на 100 и более мест — 0,5 должности.

2.2. Должности медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 30 мест в общежитии.

2.3. Должности санитарок устанавливаются соответственно должностям медицинских сестер.

3. Иной персонал:

3.1. Должности воспитателя устанавливаются из расчета 1 должность на 10 мест в общежитии.

3.2. Должность социального работника устанавливается из расчета 1 должность на 100 мест.

4. Работники кухоны

4.1. Одна единица повара устанавливается в общежитии на 50 мест.

4.2. Чистильщик картофеля, мойщик посуды, кухонные рабочий — из расчета 1 единица указанных профессий рабочих суммарно на 25 мест в общежитии.

Начальник планово-финансового управления А. А. Ширшов

Приложения к приказу МЗ РФ от 26.11.96 г. № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь»

Положение о подготовке медицинских психологов

1. Данный вид подготовки состоит из двух основных разделов:

1.1. Додипломная подготовка по специальности медицинская психология на факультетах медицинской психологии в медицинских ВУЗах, в университетах или иных высших образовательных учреждениях, имеющих соответствующие условия (клиническая база, квалифицированные педагогические кадры) и лицензию.

1.2. Дополнительная подготовка (переподготовка) психологов по медицинской психологии в медицинских научных и высших образовательных учреждениях осуществляется в виде очного и очно-заочного повышения квалификации в соответствии с основными требованиями к данному виду подготовки, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации. Указанные учреждения должны иметь государственную лицензию на право преподавания предмета медицинская психология.

2. Перечень медицинских ВУЗов для дипломной подготовки по медицинской психологии на факультетах медицинской психологии, перечень медицинских научных и высших образовательных учреждений для дополнительной подготовки (переподготовки) психологов по медицинской психологии, программы непрерывного обучения и примерные тематические учебные планы подготовки по медицинской психологии утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. Переподготовка по медицинской психологии специалистов, получивших высшее образование по психологии в университетах и иных высших образовательных учреждениях, осуществляется по индивидуальному плану с зачетом дисциплин (часов), входящих в структуру додипломного образования.

Индивидуальный план обучения составляется таким образом, чтобы освоение дисциплин, входящих в раздел базовой подготовки (общепсихологические и клинические дисциплины), проводилась на начальных этапах обучения. Далее проводится повышение квалификации по медицинской психологии. Теоретическая подготовка проводится в течение всего времени обучения и включает в себя освоение наиболее актуальных вопросов медицинской психологии. Практическая подготовка на разных этапах обучения осуществляется в учреждениях (подразделениях), оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь (психиатрическая клиника, психоневрологический диспансер, психотерапевтический кабинет). Личностно- и профессионально-ориентированные тренинги проводятся в течение всего срока обучения. Для реализации плана и обеспечения качества подготовки

специалиста назначается куратор (супервизор), который принимает непосредственное участие в обучении и несет персональную ответственность за реализацию учебного плана, осуществляет мероприятия по личностной и психологической поддержке обучаемого. Обучение по программе опирается на активную самостоятельную работу обучаемого, продолжительность которой может составлять до 50 процентов всего времени обучения, супервизия проводится ведущими специалистами по основным разделам медицинской психологии в два этапа:

— в начале обучения (на этапе общепсихологической специализации) для оценки возможностей обучаемого, способности его к коммуникации и установлению психологического контакта;

— в ходе специализации по медицинской психологии в структуре различных курсов: психодиагностика, психокоррекция и др.

По окончании обучения при положительном заключении куратора, который обобщает результаты супервизии, обучаемый проходит проверочные испытания и получает свидетельство (диплом) об окончании переподготовки по медицинской психологии.

4. Для лицензирования учреждений, проводящих переобучение психологов по медицинской психологии, включая научно-исследовательские учреждения, необходимо:

— наличие программ и тематических учебных планов, разработанных в соответствии с основными требованиями к дополнительной подготовке психолога по медицинской психологии;

— наличие квалифицированных педагогических и научных кадров в области медицинской психологии (кандидатов и докторов наук — психологов по базовому образованию);

— наличие условий для проведения учебного процесса в соответствии с современными требованиями к его организации и возможностью проведения подготовки на собственных и иных (по договорам) клинических базах;

— собственные возможности учреждения в целом должны обеспечить не менее 40 процентов программы обучения по медицинской психологии.

5. В структуру этих учреждений входят:

— приемная комиссия;

— факультет медицинской психологии или другое образовательное подразделение;

— наблюдательный совет и экзаменационная комиссия.

В ходе подготовки решения о приеме на обучение приемная комиссия учреждения изучает уровень подготовки кандидата с учетом его додипломного образования; поступающий на обучение представляет в приемную комиссию документы о высшем образовании с указанием пройденных дисциплин.

6. Приемная комиссия передает свое заключение на утверждение в администрацию учреждения. На основе этого заключения куратор разрабатывает индивидуальный план прохождения подготовки, при необходимости — с привлечением (по договорам) иных образовательных и лечебно-про-

филактических учреждений России и других стран, имеющих право на проведение подготовки по медицинской психологии.

7. После утверждения индивидуального плана администрация учреждения заключает с обучающимся договор на проведение обучения, в котором указываются:

— сроки подготовки;

— перечень изучаемых курсов и дисциплин;

-- перечень учреждений, в которых проводится подготовка;

— этапы проведения подготовки.

8. Качество подготовки обеспечивается деятельностью наблюдательного совета, состоящего из специалистов (ученых, практиков и организаторов) в области медицинской психологии и базовых дисциплин (психиатрия, психотерапия, психология и др.). Совет работает на контрактной основе и выполняет следующие функции:

— наблюдение за выполнением учебного плана в соответствии с основными требованиями к дополнительной подготовке психолога по медицинской психологии, для чего не реже 2 раз в год проводится экспертиза процесс обучения;

— участие в разрешении спорных вопросов при проведении проверочных испытаний;

— экспертиза подготовки на этапе завершения обучения на предмет его соответствия учебному плану по продолжительности и основным требованиям к дополнительной подготовке психолога по медицинской психологии;

— экзаменационная комиссия в составе ведущих специалистов учреждения по приказу администрации учреждения проводит вступительные и выпускные проверочные испытания (экзамены);

— свидетельство (диплом) об окончании переподготовки психолога по медицинской психологии выдается администрацией учреждения.

Приложение 3 к приказу МЗ РФ от 26.11.96 г. № 391 Методические рекомендации

Работа врача-психотерапевта и медицинского психолога в многопрофильной бригаде специалистов в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь

Вопрос о взаимодействии врачей, медицинских психологов и других специалистов является в настоящее время одним из наиболее важных при организации работы учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь. С одной стороны, это связано с усложнением современных медицинских технологий в области охраны психического здоровья, а с другой дифференциацией медицинских и других специальностей. В медицинских учреждениях увеличилось число специалистов немедицинского профиля, работающих непосредственно с пациентами. Помимо врачей различных специальностей в лечебном процессе участвуют медицинские психологи, специалисты по социальной работе, социальные работники, дефектологи, логопеды и др.

Существенные изменения в отечественной психиатрии в направлении более активного использования современных биопсихосоциальных моделей психических расстройств приводят, соответственно, к расширению психотерапевтической и социальной помощи больным. Акцентирование, наряду с биологическими, психологических и социальных аспектов нервно-психических расстройств обусловило возрастание роли врача-психотерапевта и медицинского психолога в психиатрии и необходимость введения специальности социального работника.

При условии работы в терапевтической бригаде, руководимой психиатром, а также при условии последипломной подготовки по психотерапии в соответствии с основными требованиями к дополнительной подготовке по медицинской психологии, последний может участвовать в процессе психотерапии психически больных. Содержание последипломной подготовки медицинских психологов по психотерапии, в основном, совпадает с таковым у психиатров.

В целом, подготовка медицинского психолога в области психиатрии, опыт работы с больными дают ему необходимые знания, позволяющие оценивать состояние больного, и, в случае необходимости, оперативно адресовать больного к психиатру, возглавляющему бригадное ведение больного.

Существует убедительный опыт отечественных и зарубежных клиник, свидетельствующий о значительном повышении эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий при установлении истинно партнерских взаимоотношений между врачом и психологом.

Более активная роль медицинского психолога в лечебно-реабилитационном процессе соответствует современным представлениям о биопсихологической сущности болезни и лечения. Усиление роли медицинской психологии в психиатрической и психотерапевтической практике диктует холистический (целостный) подход в медицине, которые предполагает сотрудничество разных специалистов в единой бригаде, на этапах лечебно-диагностических мероприятий и реабилитации, направленных на восстановление личностного и социального статуса больного.

При бригадной форме работы врач, медицинский психолог, специалист по социальной работе и др. рассматривают клинико-терапевтические явления под различным углом зрения с позиции своих специальностей, взаимно дополняя друг друга.

В связи с задачами терапии и реабилитации повышается роль современной мноосевой (многомерной) диагностики, поскольку только клинический подход не учитывает все возможные био-психо-социальные факторы болезни. Комплексная оценка состояния больного при многоосевой диагностике включает в себя анализ следующих данных: клинико-функциональных (нозологический и синдромологический диагноз с использованием существующих классификаций и критериев, ведущий синдром, актуальное психологическое состояние во взаимосвязи с проводимой терапией, отражающее степень ремиссии или компенсации), профессионально-трудовых (степень трудоспособности, трудовая занятость, уровень инвалидизации и др.), социально-бытовых (степень адаптации и актуальная ситуация в семейной и несемейной

сферах общения), психологических (наличие и степень выраженности акцентуаций характера и патохарактерологических особенностей, особенности внутренней картины болезни, наличие и характер мотивации к участию в лечебно-реабилитационных мероприятиях и др.). Это позволяет сформулировать конкретный для каждого больного индивидуальный план лечения, включая весь необходимый комплекс медико- и социо-реабилитационных мероприятий (индивидуальная, семейная, групповая психотерапия, социотерапия, терапия средой и др.), в конечном счете имеющий своей целью возвращение больного в общество.

Указанный комплекс мероприятий может быть обеспечен только содружественной работой психиатра, психотерапевта, медицинского психолога, специалиста по социальной работе и юриста. Синдромально-нозологический диагноз и индивидуальная терапевтическая программа определяются врачом-психиатром и врачом-психотерапевтом. Психосоциальный аспект лечебно-реабилитационной программы разрабатывается совместно с медицинским психологом и специалистами по социальной работе с учетом клинических данных, предоставляемых лечащим врачом, несущим ответственность за лечение больного в целом.

В связи с усилением внимания психиатрических учреждений к пограничным контингентам больных, число которых возрастает, меняется стиль работы с ними основных структурных подразделений психиатрической службы. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» возлагает на психиатрические учреждения (подразделения) ответственность за социальную реабилитацию и ресоциализацию различных контингентов больных. Меняется содержание психиатрической и психотерапевтической помощи, все большее внимание в которых уделяется социопсихотерапевтическим формам воздействия, направленным на гуманизацию этих видов помощи. В этом особая роль принадлежит специалистам по социальной работе, которые приходят на смену средним медработникам, участвующим в оказании социальной помощи. Возрастает значимость социальной помощи, необходимость разработки стратегии, тактики и новых технологий ее оказания.

Ниже представлен примерный перечень основных характеристик и функциональных обязанностей специалистов, взаимодействующих при оказании помощи больным в психиатрических и психотерапевтических учреждениях (см. также Приложения 1-12 к Приказу Минздравмедпрома России от 30.10.95 г. № 294).

Врач-психиатр

Образование высшее медицинское. Контингента обслуживания: лица, страдающие психическими расстройствами и нуждающиеся в стационарной или полустационарной помощи, консультативно-лечебной помощи или диспансерном наблюдении.

К основным обязанностям относится организация терапевтического процесса и взаимодействия специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи.

Врач-психотерапевт

Образование высшее медицинское. Специализация по психиатрии. Стаж практической работы в качестве врача-психиатра не менее 3 лет.

Контингента обслуживания: больные неврозами, другими пограничными психическими и психосоматическими расстройствами. Больные с психическими заболеваниями в стадии ремиссии, вне обострения. Больные, нуждающиеся в консультативной лечебной помощи.

Основные обязанности при самостоятельной работе в качестве ведущего специалиста, работающего во взаимодействии с медицинским психологом, специалистом по социальной работе и др.: определяет план ведения и обследования пациента. Осуществляет консультативную работу по оценке неотложных состояний при разборе сложных случаев для диагностики и терапии. Внедряет в практику современные психотерапевтические методы лечения, психопрофилактики и психогигиены.

Медицинский психолог

Образование высшее психологическое. Подготовка по медицинской психологии. Контингента обслуживания: все контингента больных, требующие по направлению врача психодиагностических исследований и психологической коррекции. Основные обязанности: по направлению врача проходит психодиагностические исследования и длящиеся диагностические наблюдения за пациентами, уделяя особое внимание лицам с факторами риска психических расстройств, в основе которых лежат патопсихологические и патогенные поведенческие стереотипы. Совместно с врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов, выполняет работу по профориентации пациентов с учетом их ценностных установок, способностей, ситуационных возможностей и актуальных планов. По направлению врача проводит работу, направленную на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности пациента, выявляя условия, способствующие формированию этих отклонений. По направлению врача осуществляет мероприятия по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию при оказании помощи пациентам, их родственникам и медицинскому персоналу в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем. Проводит работу по обучению медицинского персонала в области медицинской, социальной психологии и деонтологии. Совместно с врачом оценивает эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий. Оформляет документацию установленного образца. Внедряет в практику современные методы психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования.

Основные принципы взаимодействия специалистов в учреждениях, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

1. Взаимодействие специалистов при оказании психиатрической и психотерапевтической помощи осуществляется, как правило, в рамках лечебно-реабилитационной бригады, в которую, кроме перечисленных основных спе-

циал истов, могут входить юрист, средний медицинский персонал, социальный работник, работник лечебно-производственных (трудовых) мастерских, лечебно-производственных предприятий, специальных цехов и участков и др.

2. Общее руководство всеми диагностическими, лечебными и реабилитационными мероприятиями осуществляется руководителем бригады — лечащим врачом.

3. Комплекс мероприятий, проводимый бригадой по отношению к пациенту, осуществляется на основании индивидуальной лечебной и реабилитационной программы, которая разрабатывается с участием всех основных специалистов (врач, медицинский психолог, специалист по социальной работе), входящих в бригаду, приобщается к медицинской документации пациента вместе с отчетами о проведенных мероприятиях.

4. Индивидуальная лечебная и реабилитационная программа определяется с использованием многоосевой (многомерной) диагностики.

5. При реализации индивидуальной лечебной и реабилитационной программы специалисты действуют в пределах своей компетенции с учетом стандартов оказания психиатрической и психотерапевтической помощи и медицинских технологий.

6. При реализации индивидуальной лечебной и реабилитационной программы каждый специалист непосредственно отвечает за качество проводимых им лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в пределах своей компетенции.

7. В зависимости от конкретного диагноза и состояния больного меняется основная нагрузка и степень участия указанных специалистов. На стадии доминирования психопатологической симптоматики ведущая роль принадлежит врачу-психиатру, на стадии становления ремиссии возрастает роль врача-психотерапевта и медицинского психолога, при последующем решении социореабилитационных задач — специалиста по социальной работе. Медицинский психолог участвует на всех стадиях лечебного и реабилитационного процесса в зависимости от возникающих психодиагностических и психокоррекционных задач.

8. Для работы с детьми и подростками комплектуются бригады из тех же специалистов, прошедших подготовку для работы с данным контингентом.

9. Взаимодействие различных специалистов при оказании психиатрической и психотерапевтической помощи населению предполагает организацию и проведение совместных мероприятий, частота и способы реализации которых определяются особенностями деятельности конкретного лечебно-профилактического учреждения, конкретным содержанием лечебной и реабилитационной программы. Обязательными элементами взаимодействия является ведение единой медицинской документации пациента, в которую включаются отчеты о проведении всех мероприятий, результаты совместных периодических обсуждений программы. Разработанная и принятая в установленном порядке, последняя имеет специальные разделы для протоколирования всего объема данных. Медицинская документация хранится в соответствии

с принятыми нормативами. К ней имеют свободный доступ все основные участники процесса лечения и реабилитации.

10. Рабочие встречи всех участников бригады проводятся по графику, определенному руководителем бригады. Содержанием таких встреч являются обсуждения актуального состояния пациента и его динамики в процессе реализации лечебной или реабилитационной программы, особенностей участия пациента в мероприятиях, проводимых различными специалистами, а также планов дальнейшего ведения пациента.

Отчеты специалистов перед руководителем бригады имеют цель более глубокого анализа различных аспектов состояния пациента, влияния конкретных мероприятий на эффективность его лечения и реабилитации.

Организация работы Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» г. Санкт-Петербурга

Специализированная психиатрическая помощь детскому и подростковому населению Санкт-Петербурга оказывается государственным учреждением здравоохранения Центром восстановительного лечения (ЦВЛ) «Детская психиатрия». Кроме того, созданы 13 психоневрологических домов ребенка, 2 психоневрологических санатория — «Пионер» и «Комарове», речевое отделение в соматическом санатории «Солнечное», 2 подростковых отделения в психиатрической больнице № 3 им. Скворцова-Степанова, куда направляются асоциальные подростки, в том числе с саморазрушающим поведением.

Структура Центра:

— 6 межрайонных диспансерных отделений с детским населением от 80 550 до 144 303 и подросткового населения от 29 894 до 48 031, с дневными стационарами на базе 3 диспансерных отделений по 25 мест для коррекции дезадаптации детей-инвалидов;

— дневной стационар для детей дошкольного возраста и младшего школьного возраста на 60 мест с психическими нарушениями, для диагностических целей и лечебно-реабилитационных мероприятий;

— реабилитационное отделение со школой интегрированного обучения на 100 мест для детей, имеющих очаговую резидуально-органическую симптоматику, в связи с чем они отчислялись из массовой школы после 4-5-х классов;

— кризисное отделение с круглосуточным телефоном доверия для решения психологических проблем;

— организационно-методическое консультативное отделение с комиссионными консультациями детей и подростков до 18 лет, с комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизой, компьютерной обработкой статистических данных деятельности специалистов Центра и города;

— амбулаторно-консультативное отделение для лечения неврозов у детей и подростков;

— стационар на 280 мест: 3 «острых» отделения — два на 60 мест и одно на 40 мест, реабилитационное отделение на 60 мест и речевое отделение для детей с тяжелой речевой патологией на 60 мест.

Детские и подростковые участковые врачи-психиатры ведут приемы в диспансерных отделениях, а также в районных детских поликлиниках, тесно взаимодействуя с врачами других специальностей, с педиатрами; решают вопрос направления детей на медико-социальную экспертизу при сочетанной патологии, в санатории соматического профиля, дома отдыха, пансионаты, при определении профессиональной пригодности, решении вопроса о профилактических прививках, освобождении от экзаменов. Заведующие диспансерными отделениями совместно с главными врачами соматической службы принимают участие в медицинских жилищных комиссиях. Специалисты орга-

низационно-методического консультативного отделения консультируют детей, направляемых неврологами Городского консультативного центра. Врачи консультативного отделения неврозов консультируют детей, направляемых непосредственно специалистами педиатрической службы города и при самостоятельном обращении родителей.

Участковый врач-психиатр Центра ведет больного и решает все его проблемы, в том числе направление на МСЭ, приписки и призыва в райвоенкомате, реабилитации до состояния компенсации, ремиссии или выздоровления, или передачи для дальнейшего наблюдения во взрослый районный психоневрологический диспансер.

Социальные работники и медсестры социальной помощи взаимодействуют с государственными и общественными организациями, в том числе оказывающими социальную помощь.

На схемах 17 и 18 представлена структура детской психиатрической службы г. Санкт-Петербурга и схема взаимодействия ЦВЛ «Детская психиатрия» с другими учреждениями г. Санкт-Петербурга.



Схема 17. Структурная схема детско-подростковой психиатрической службы Санкт-Петербурга.

Схема 17. Структурная схема детско-подростковой психиатрической службы Санкт-Петербурга.

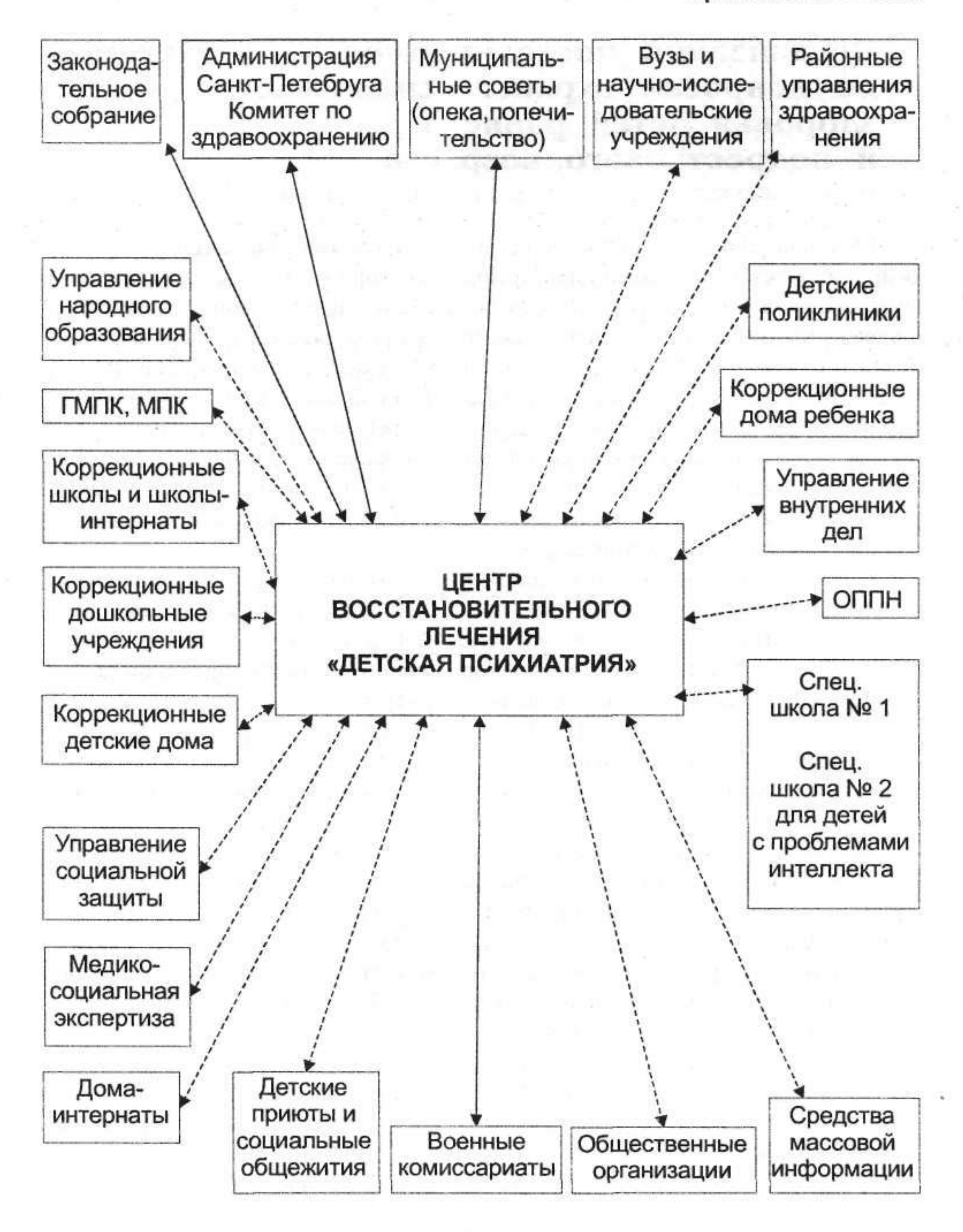


Схема 18. Структурная схема взаимодействия Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» с другими ведомствами, органами, учреждениями Санкт-Петербурга.

Организация последипломного образования по вопросам охраны психического здоровья детей раннего и подросткового возраста

Основой развития нервно-психических расстройств в раннем и детском возрасте, а без надлежащей диагностики и лечения и в старшем возрасте, как правило, является энцефалопатия новорожденных, под которой, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, следует понимать преходящие нарушения работы головного мозга невоспалительного генеза. Эффективная профилактика энцефалопатии, а также оказание психологической консультативной и психотерапевтической помощи в вопросах ухода за ребенком, его воспитания, улучшения психологического климата в семье являются существенным ресурсом в борьбе с увеличением количества нервно-психических расстройств у детей и подростков. Организация подобной профилактической работы возможна только при комплексном подходе к ней.

В связи с этим назрела необходимость повышения квалификации специалистов-практиков, работающих с беременной женщиной, роженицей, системой «мать-дитя», с семьей, ожидающей ребенка, а затем с семьей, включающей в систему своих отношений новорожденного. К таким специалистам относятся не только врачи-педиатры и психиатры, как это предусмотрено пп. 2.2., 2.3. «Решения коллегии МЗ РФ от 15 мая 2001 г., протокол № 9 «Состояние психического здоровья детей: проблемы, пути решения», но и акушеры-гинекологи, невропатологи-неонатологи, семейные врачи, психотерапевты и психологи. Отмечается низкий уровень их знаний в области именно перинатальной психологии, психопатологии. Отсутствие навыков ранней диагностики нервно-психических расстройств у беременных, недостаточное владение методиками психокоррекционной и психотерапевтической помощи беременным женщинам, молодым матерям и членам их семей, являются одной из причин неблагоприятного течения беременности и родов, а также основной причиной широко распространенных ятрогений в акушерско-гинекологический и педиатрической практике.

В настоящее время при многих женских консультациях и родильных домах созданы курсы дородовой подготовки беременных женщин. Существует много различных программ занятий, однако, многие из них страдают серьезными недостатками, нередко приводящими к ятрогениям и дидактогениям. К основным, наиболее часто встречающимся недостаткам, относятся следующие.

— *Недифференцированный подход,* заключающийся в том, что без учета состояния соматического, психического здоровья, семейной ситуации по одинаковым программам занимаются все пришедшие на курсы беременные женщины. Методиками ранней диагностики невротических и депрессивных состояний у беременных специалисты, проводящие занятия, как правило, не владеют.

— *Редукционизм* программ, связанный со специализацией их авторов: если занятия проводятся акушерами-гинекологами, то основной упор делается на проблемы родов, если психологами, психотерапевтами — на психологическое состояние, если неонатологами — на грудное вскармливание, уход за новорожденным и т. д. Редко встречается комплексный подход. Если же занятия и проводятся разными специалистами, далеко не всегда они объединены общей идеей. Некоторые сведения, полученные на разных занятиях, иногда даже противоречат друг другу.

— *Недостаточная и односторонняя подготовка* преподавателей курсов дородовой подготовки.

— *Отсутствие* методически грамотной и *объективной оценки эффективности* проводимых занятий.

— *Бесконтрольность* проводимых занятий, приводящая к тому, что иногда их организуют и проводят люди невежественные, мистически настроенные, что может наносить вред соматическому и психическому здоровью женщин и их детей.

Необходима преемственность в работе женских консультаций, родильных домов и детских поликлиник. Семье, ожидающей ребенка, а также семье, создающей отношения в системе «мать-младенец-отец», должны быть доступны консультации психологов и помощь психотерапевтов, компетентных в вопросах перинатологии.

Должны быть созданы контрольные органы, имеющие юридическое право проверки качества программ курсов дородовой подготовки и уровня их проведения.

Необходимо готовить специалистов, проводящих такие курсы, умеющих своевременно оценить состояние женщины и направить ее на лечение к психотерапевту или психиатру.

В настоящее время основными проблемами подростков являются:

девиантное поведение, нарко- и токсикомании, психосоматические расстройства, суициды, невротические расстройства. Поэтому следует включить в программы последипломного образования педиатров описание клиники девиантных форм поведения, нарко-токсикоманий, психозов, суицидов, невротических и психосоматических расстройств.

Должно быть усилено развитие микропсихиатрии, следует снизить возраст оказания психиатрической помощи детям. Необходимо усилить роль врачей-психотерапевтов и медицинских психологов в оказании перинатальной помощи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
АНАЛИЗ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ (АСВ)

Уважаемый родитель! Предлагаемый Вам опросник содержит утверждения о воспитании детей. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в «Бланке для ответов».

Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы согласны с ними, то на «Бланке для ответов» обведите кружком номер для ответа. Если Вы не согласны — зачеркните тот же номер. Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше пяти.

В опроснике нет «неправильных» или «правильных» утверждений.

Отвечайте так, как вы сами думаете. Этим Вы поможете психологу в работе с Вами. На утверждения, номера которых выделены в опроснике, отцы могут не отвечать.

Опросник для родителей детей в возрасте 3—10 лет

1. Все, что я делаю, я делаю ради сына (дочери).
2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) — пообщаться, поиграть.
3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которые не разрешают многие другие родители.
4. Не люблю, когда сын (дочь) приходят ко мне с вопросами. Лучше, чтобы догадался (догадалась) сам (сама).
5. Наш ребенок имеет больше обязанностей — уход за собой, поддержание порядка — чем большинство детей его возраста.
6. Моего ребенка очень трудно заставить сделать что-нибудь, что он не любит.
7. Всегда лучше, если дети не думают о том, правильно ли поступают их родители.
8. Мой сын (моя дочь) легко нарушает запреты.
9. Если хочешь, чтобы сын (дочь) стал(а) человеком, не оставляй безнаказанным ни одного его (ее) плохого поступка.
10. Если только возможно, я стараюсь не наказывать сына (дочь).
11. Когда я в хорошем настроении, я нередко прощаю своему сыну (дочери) то, за что в другое время наказала бы.
12. Я люблю сына (дочь) больше, чем люблю (любила) супруга.
13. Младшие дети мне нравятся больше, чем старшие.
14. Если мой сын (моя дочь) подолгу упрямится или злится, у меня бывает чувство, что я поступил(а) по отношению к нему (ней) неправильно.
15. У нас долго не было ребенка, хотя мы его очень ждали.
16. Общение с детьми, в общем-то, утомительное дело.
17. У сына (дочери) есть некоторые качества, которые выводят меня из себя.
18. Воспитание сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой муж (моя жена) не мешал(а) бы мне.

19. Большинство мужчин легкомысленнее, чем женщины.

20. Большинство женщин легкомысленнее, чем мужчины.

21. Мой сын (моя дочь) для меня — самое главное в жизни.

22. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой ребенок.

23. Если игрушка ребенку нравится, я куплю ее, сколько бы она не стоила.

24. Мой сын (моя дочь) непонятлив(а). Легче самому два раза сделать, чем один раз объяснить ему (ей).

25. Моему сыну (моей дочери) нередко приходится (или приходилось раньше) присматривать за младшим братом (сестрой).

26. Нередко бывает так: я несколько раз напоминаю сыну (дочери) о необходимости сделать что-нибудь, а потом плюну и делаю сам(а).

27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки.

28. Мой сын (моя дочь) сам(а) решает, с кем ему (ей) играть.

29. Дети должны не только любить своих родителей, но и бояться их.

30. Я очень редко ругаю сына (дочь).

31. В нашей строгости к сыну (дочери) бывают большие колебания. Иногда мы очень строги, а иногда все разрешаем.

32. Мы с ребенком понимаем друг друга лучше, чем мы с супругом.

33. Меня огорчает то, что мой сын (моя дочь) быстро становится взрослым (взрослой).

34. Если ребенок упрямится, потому что плохо себя чувствует, то лучше всего сделать так, как он хочет.

35. Мой ребенок растет слабым и болезненным.

36. Если бы у меня не было детей, я бы добился (добилась) в жизни гораздо большего.

37. У сына (дочери) есть слабости, которые не исправляются, хотя я упорно с ними борюсь.

38. Нередко бывает, что, когда я наказываю сына (дочь), мой муж (моя жена) тут же начинает упрекать меня в излишней строгости и утешать его (ее).

39. Мужчины более склонны к супружеской измене, чем женщины.

40. Женщины более склонны к супружеской измене, чем мужчины.

41. Заботы о сыне (дочери) занимают большую часть моего времени.

42. Мне много раз пришлось пропускать родительские собрания.

43. Я стремлюсь к тому, чтобы мой ребенок был обеспечен лучше, чем другие дети.

44. Если побыть в обществе сына (дочери), можно сильно устать.

45. Мне часто приходилось давать сыну (дочери) трудные для его (ее) возраста поручения.

46. Мой ребенок никогда не убирает за собой игрушки.

47. Главное, чему родители должны научить своих детей — это слушаться.

48. Мой ребенок сам решает, сколько, чего и когда ему есть.

49. Чем строже родители к ребенку, тем лучше для него.

50. По характеру я — мягкий человек.

51. Если сыну (дочери) что-то от меня нужно, он (она) старается выбрать момент, когда я в хорошем настроении.

52. Когда я думаю о том, что когда-нибудь мой сын (моя дочь) вырастет, и я буду ему (ей) не нужен (не нужна), у меня портится настроение.

53. Чем старше дети, тем труднее иметь с ними дело.

54. Чаще всего упрямство ребенка бывает вызвано тем, что родители не умеют к нему подойти.

55. Я постоянно переживаю за здоровье сына (дочери).

56. Если бы у меня не было детей, мое здоровье было бы гораздо лучше.

57. Некоторые очень важные недостатки моего сына (дочери) упорно не исчезают, несмотря на все меры.

58. Мой сын (моя дочь) недолюбливает моего мужа (мою жену).

59. Мужчина хуже понимает чувства другого человека, чем женщина.

60. Женщина хуже понимает чувства другого человека, чем мужчина.

61. Ради сына (дочери) мне от многого в жизни пришлось и приходится отказываться.

62. Родители, которые слишком много суетятся вокруг своих детей, вызывают у меня раздражение.

63. Я трачу на сына (дочь) значительно больше денег, чем на себя.

64. Не люблю, когда сын (дочь) что-то просит. Я сам(а) лучше знаю, что ему (ей) надо.

65. У моего сына (дочери) детство более трудное, чем у большинства его (ее) товарищей.

66. Дома мой сын (моя дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.

67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей.

68. Если мой ребенок не спит, когда ему положено, я не настаиваю.

69. Я строже отношусь к сыну (дочери), чем другие родители к своим детям.

70. От наказаний мало проку.

71. Члены нашей семьи неодинаково строги с сыном (дочерью). Одни балуют, другие, наоборот, — очень строги.

72. Мне бы хотелось, чтобы сын (дочь) не любил(а) никого, кроме меня.

73. Мне нравятся маленькие дети, поэтому я не хотел(а) бы, чтобы он(а) слишком быстро взрослел(а).

74. Часто я не знаю, как правильно поступить с сыном (дочерью).

75. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходится ему (ей) многое позволять.

76. Воспитание детей — тяжелый и неблагодарный труд. Им отдаешь все, а взамен не получаешь ничего.

77. С сыном (дочерью) мало помогает доброе слово. Единственное, что на него (нее) действует, — это постоянные строгие наказания.

78. Мой муж (моя жена) старается настроить сына (дочь) против меня.

79. Мужчины чаще, чем женщины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.

80. Женщины чаще, чем мужчины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.

81. Я все время думаю о сыне (дочери), о его (ее) делах, здоровье и т. д.

82. Так повелось, что о ребенке я вспоминаю, если он что-нибудь натворил или с ним что-нибудь случилось.

83. Мой сын (моя дочь) умеет добиться от меня того, чего хочет.

84. Мне больше нравятся тихие спокойные дети.

85. Стараюсь как можно раньше приучить ребенка помогать по дому.

86. У сына (дочери) мало обязанностей по дому.

87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят родители.

88. В нашей семье так принято, что ребенок делает, что хочет.

89. Бывают такие случаи, когда лучшее наказание — ремень.

90. Многие недостатки в поведении моего ребенка пройдут сами с собой с возрастом.

91. Когда сын (дочь) что-то натворит, мы беремся за него (нее). Если все тихо, опять оставляем его (ее) в покое.

92. Если бы мой сын не был моим сыном, а я бы была помоложе, то наверняка влюбилась бы в него.

93. Мне интереснее говорить с маленькими детьми, чем с большими.

94. В недостатках сына (дочери) виноват(а) я сам(а), потому что не умел(а) его (ее) воспитывать.

95. Только благодаря нашим огромным усилиям сын (дочь) остался (лась) жить.

96. Нередко завидую тем, кто живет без детей.

97. Если предоставить сыну (дочери) свободу, он (она) немедленно использует ее во вред себе или окружающим.

98. Нередко бывает, что если я говорю сыну (дочери) одно, то муж (жена) специально говорит наоборот.

99. Мужчины чаще, чем женщины, думают только о себе.

100. Женщины чаще, чем мужчины, думают только о себе.

101. Я трачу на сына (дочь) больше сил и времени, чем на себя.

102. Я довольно мало знаю о делах сына (дочери).

103. Желание сына (дочери) для меня — закон.

104. Мой сын очень любит спать со мной.

105. У моего сына (дочери) плохой желудок.

106. Родители нужны ребенку, лишь пока он не вырос. Потом он все реже вспоминает о них.

107. Ради сына (дочери) я пошел бы (пошла бы) на любую жертву.

108. Сыну (дочери) нужно уделять значительно больше времени, чем я могу.

109. Сын (дочь) умеет быть таким милым, что я ему все прощаю.

НО. Мне бы хотелось, чтобы сын женился попозже, после 30 лет.

111. Руки и ноги сына (дочери) часто бывают очень холодными.

112. Большинство детей — маленькие эгоисты. Они совсем не думают о здоровье и чувствах своих родителей.

113. Если не отдавать сыну (дочери) все время и силы, то все может плохо кончиться.

114. Когда все благополучно, я меньше интересуюсь делами сына (дочери).

115. Мне очень трудно сказать своему ребенку «Нет».

116. Меня огорчает, что сын (дочь) все менее нуждается во мне.

117. Здоровье сына (дочери) хуже, чем здоровье большинства других детей.

118. Многие дети испытывают слишком мало благодарности по отношению к родителям.

119. Мой сын (моя дочь) не может обходиться без моей постоянной помощи.

120. Большую часть своего свободного времени сын (дочь) проводит вне дома — в яслях, в детском саду, у родственников.

121. У сына (дочери) вполне хватает времени на игры и развлечения.

122. Кроме сына, мне больше никто на свете не нужен.

123. У сына (дочери) прерывистый и беспокойный сон.

124. Нередко думаю, что я слишком рано женился (вышла замуж).

125. Всему, что сын (дочь) умеют к настоящему времени, он (она) научился (л ась) только благодаря моей постоянной помощи.

126. Делами сына (дочери) в основном занимается мой муж (жена).

127. Я не могу вспомнить, когда в последний раз отказал(а) своему ребенку в покупке какой-нибудь вещи (мороженое, конфеты, «пепси-кола» и т. д.).

128. Мой сын говорил мне: «вырасту, женюсь на тебе, мама».

129. Мой сын (моя дочь) часто болеет.

130. Семья не помогает мне, а осложняет мою жизнь.

Опросник АСВ для родителей подростков в возрасте от 11 до 21 года

Инструкция для родителей подростков аналогична инструкции для родителей детей.

1. Все, что я делаю, я делаю ради сына (дочери).

2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) чем-нибудь интересным — куда-нибудь пойти вместе, поговорить подольше о чем-нибудь интересном.

3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которые не разрешают многие другие родители.

4. Не люблю, когда сын (дочь) приходят ко мне с вопросами. Лучше, чтобы догадался (догадалась) сам (сама).

5. Наш ребенок имеет больше обязанностей, чем большинство его товарищей.

6. Сына (дочь) очень трудно заставить что-нибудь сделать по дому.

7. Всегда лучше, если дети не думают о том, правильны ли взгляды их родителей.

8. Мой сын (моя дочь) возвращается вечером тогда, когда хочет.

9. Если хочешь, чтобы сын (дочь) стал(а) человеком, не оставляй безнаказанным ни одного его (ее) плохого поступка.

10. Если только возможно, я стараюсь не наказывать сына (дочь).

11. Когда я в хорошем настроении, нередко прощаю своему сыну (дочери) то, за что в другое время наказал бы.

12. Я люблю сына (дочь) больше, чем люблю (любила) супруга.

13. Младшие дети мне нравятся больше, чем старшие.

14. Если сын (дочь) подолгу упрямится или злится, у меня бывает чувство, что я поступил(а) по отношению к нему (ней) неправильно.

15. У нас долго не было ребенка, хотя мы его очень ждали.

16. Общение с детьми, в общем-то, утомительное дело.

17. У сына (дочери) есть некоторые качества, которые выводят меня из себя.

18. Воспитание сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой муж (моя жена) не мешал(а) бы мне.

19. Большинство мужчин легкомысленнее, чем женщины.

20. Большинство женщин легкомысленнее, чем мужчины.

21. Мой сын (моя дочь) для меня самое главное в жизни.

22. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой сын (моя дочь).

23. Стараюсь купить сыну (дочери) такую одежду, какую он сам(а) хочет, даже если она дорогая.

24. Мой сын (моя дочь) непонятлив(а). Легче самому два раза сделать, чем один раз объяснить ему (ей).

25. Сыну (дочери) нередко приходится (или приходилось раньше) присматривать за младшим братом (сестрой).

26. Нередко бывает так: напоминаю, напоминаю сыну (дочери) сделать что-нибудь, а потом плюну с делаю сам(а).

27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки.

28. Мой сын (моя дочь) сам(а) решает, с кем ему (ей) играть.

29. Дети должны не только любить своих родителей, но и бояться их.

30. Я очень редко ругаю сына (дочь).

31. В нашей строгости к сыну (дочери) бывают большие колебания. Иногда мы очень строги, а иногда все разрешаем.

32. Мы с сыном понимаем друг друга лучше, чем мы с мужем.

33. Меня огорчает то, что мой сын (моя дочь) слишком быстро становится взрослым(ой).

34. Если ребенок упрямится, потому что плохо себя чувствует, то лучше всего сделать так, как он хочет.

35. Мой ребенок рос слабым и болезненным.

36. Если бы у меня было детей, я бы добился (добилась) в жизни гораздо большего.

37. У сына (дочери) есть слабости, которые не исправляются, хотя я упорно с ними борюсь.

38. Нередко бывает, что, когда я наказываю сына (дочь), мой муж (моя жена) тут же начинает упрекать меня в излишней строгости и утешать его (ее).

39. Мужчины более склонны к супружеской измене, чем женщины.

40. Женщины более склонны к супружеской измене, чем мужчины.

41. Заботы о сыне (дочери) занимают большую часть моего времени.

42. Мне много раз пришлось пропустить родительские собрания.

43. Стараюсь купить ему (ей) все то, что он (она) хочет, даже если это стоит дорого.

44. Если подольше побыть в обществе сына (дочери), можно сильно устать.

45. Мне много раз приходилось поручать сыну (дочери) важные и трудные дела.

46. На сына (дочь) нельзя положиться в серьезном деле.

47. Главное, чему родители должны научить своих детей — это слушаться.

48. Мой ребенок сам решает, сколько ему курить.

49. Чем строже родители к ребенку, тем лучше для него.

50. По характеру я — мягкий человек.

51. Если сыну (дочери) что-то от меня нужно, он (она) старается выбрать момент, когда я в хорошем настроении.

52. Когда я думаю о том, что когда-нибудь мой сын (дочь) вырастет, и я буду ему (ей) не нужна, у меня портится настроение.

53. Чем старше дети, тем труднее иметь с ними дело.

54. Чаще всего упрямство ребенка бывает вызвано тем, что родители не умеют к нему подойти.

55. Я постоянно переживаю за здоровье сына (дочери).

56. Если бы у меня не было детей, мое здоровье было бы гораздо лучше.

57. Некоторые очень важные недостатки сына (дочери) упорно не исчезают, несмотря на все меры.

58. Мой сын (моя дочь) недолюбливает моего мужа (мою жену).

59. Мужчина хуже умеет понять чувства другого человека, чем женщина.

60. Женщина хуже умеет понять чувства другого человека, чем мужчина.

61. Ради сына (дочери) мне от многого в жизни пришлось и приходится отказываться.

62. Бывало, что я не узнавал о замечании или двойке в дневнике потому, что не посмотрел(а) дневник.

63. Я трачу на сына (дочь) значительно больше денег, чем на себя.

64. Не люблю, когда сын (дочь) что-то просит. Сам(а) лучше знаю, что ему (ей) больше надо.

65. У сына (дочери) более трудное детство, чем у большинства его (ее) товарищей.

66. Дома сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.

67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей.

68. Мой сын (моя дочь) сам решает, на что ему тратить свои деньги.

69. Я строже отношусь к сыну (дочери), чем другие родители к своим детям.

70. От наказаний мало проку.

71. Члены нашей семьи неодинаково строги с сыном (дочерью). Одни балуют, другие, наоборот, — очень строги.

72. Мне бы хотелось, чтобы мой сын (моя дочь) не любил(а) никого, кроме меня.

73. Когда мой сын (моя дочь) был маленький(ая), он(а) мне нравился (лась) больше, чем теперь.

74. Часто я не знаю, как правильно поступить с сыном (дочерью).

75. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходилось в детстве многое позволять ему (ей).

76. Воспитание детей — тяжелый и неблагодарный труд. Им отдаешь все, а взамен не получаешь ничего.

77. С сыном (дочерью) мало помогает доброе слово. Единственное, что действует, — это постоянные строгие наказания.

78. Мой муж (моя жена) старается настроить сына (дочь) против меня.

79. Мужчины чаще, чем женщины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.

80. Женщины чаще, чем мужчины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.

81. Я все время думаю о сыне (дочери), о его (ее) делах, здоровье и т. д.

82. Нередко мне приходится (или приходилось) подписываться в дневнике за несколько недель сразу.

83. Сын (дочь) умеет добиться от меня того, чего хочет.

84. Мне больше нравятся тихие и спокойные дети.

85. Сын (дочь) много помогает мне (дома, на работе).

86. У сына (дочери) мало обязанностей по дому.

87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят родители.

88. Выходя из дома, сын (дочь) редко говорит, куда он идет.

89. Бывают такие случаи, когда лучшее наказание — ремень.

90. Многие недостатки в поведении сына (дочери) прошли сами собой с возрастом.

91. Когда сын (дочь) что-то натворит, мы боремся за него (нее). Если все тихо, мы опять оставляем его (ее) в покое.

92. Если бы мой сын не был моим сыном, а я бы была помоложе, то наверняка влюбилась бы в него.

93. Мне интереснее говорить с маленькими детьми, чем с большими.

94. В недостатках сына (дочери) виноват(а) я сам(а), потому что не умел(а) его (ее) воспитывать.

95. Только благодаря нашим огромным усилиям сын (дочь) остался (лась) жить.

96. Нередко завидую тем, кто живет без детей.

97. Если предоставить сыну (дочери) свободу, он (она) немедленно использует это во вред себе или окружающим.

98. Нередко бывает, что если я говорю сыну (дочери) одно, то муж (жена) специально говорит наоборот.

99. Мужчины чаще, чем женщины, думают только о себе.

100. Женщины чаще, чем мужчины, думают только о себе.

101 .-Я трачу на сына (дочь) больше сил и времени, чем на себя.

102. Я довольно мало знаю о делах сына (дочери).

103. Желание сына (дочери) для меня — закон.

104. Когда сын был маленьким, он очень любил спать со мной.

105. У сына (дочери) плохой желудок.

106. Родители нужны ребенку, лишь пока он не вырос. Потом он все реже вспоминает о них.

107. Ради сына (дочери) я пошел (пошла) бы на любую жертву.

108. Моему сыну (моей дочери) нужно уделять значительно больше времени, чем я могу.

109. Мой сын (моя дочь) умеет быть таким милым, что я ему (ей) все прощаю.

110. Мне бы хотелось, чтобы сын женился попозже, после 30 лет.

111. Руки и ноги моего сына (моей дочери) часто бывают очень холодными.

112. Большинство детей — маленькие эгоисты. Они совсем не думают о здоровье и чувствах своих родителей.

113. Если не отдавать сыну (дочери) все время и силы, то все может плохо кончиться.

114. Когда все благополучно, я меньше интересуюсь делами сына (дочери).

115. Мне очень трудно сказать своему ребенку «Нет».

116. Меня огорчает, что мой сын (моя дочь) все менее нуждается во мне.

117. Здоровье моего сына (моей дочери) хуже, чем у большинства сверстников.

118. Многие дети испытывают слишком мало благодарности по отношению к родителям.

119. Мой сын (моя дочь) не может обходиться без моей постоянной помощи.

120. Большую часть своего свободного времени сын (дочь) проводит вне дома.

121. У сына (дочери) очень много времени на развлечения.

122. Кроме моего сына, мне больше никто на свете не нужен.

123. У сына (дочери) прерывистый и беспокойный сон.

124. Нередко думаю, что я слишком рано женился (вышла замуж).

125. Все, чему научился мой ребенок к настоящему моменту (в учебе, работе или другом), он добился только благодаря моей постоянной помощи.

126. Делами сына (дочери) в основном занимается мой муж (жена).

127. Кончив уроки (или придя домой с работы), сын (дочь) занимается тем, что ему нравится.

128. Когда я вижу или представляю сына с девушкой, у меня портится настроение.

129. Мой сын (моя дочь) часто болеет.

130. Семья не помогает мне, а осложняет мою жизнь.

Бланк для ответов

					ДЗ'	
1	21	41	61	81	Г+	7
2	22	42	62	82	Г-	8
3	23	43	63	83	У+	8
4	24	44	64	84	У-	4
5	25	45	65	85	Т+	4
6	26	46	66	86	Т-	4
7	27	47	67	87	З+	4
8	28	48	68	88	З-	3
9	29	49	69	89	С+	4
10	30	50	70	90	С-	4
11	31	51	71	91	Н	5
12	32	52	72	92	РРЧ	6
13	33	53	73	93	ПДК	4
14	34	54	74	94	ВН	5
15	35	55	75	95	ФУ	6
16	36	56	76	96	НРЧ	7
17	37	57	77	97	ПНК	4
18	38	58	78	98	ВК	4
19	39	59	79	99	ПЖК	4
20	40	60	80	100	ПМК	4
101	107	113	119	125	Г+	
102	108	114	120	126	Г-	
103	109	115	121	127	У+	
104	110	116	122	128	РРЧ	
105	111	117	123	129	ФУ	
106	112	118	124	130	НРЧ	

Ф. И. О.

Фамилия и имя сына (дочери)

Кто заполнял (отец, мать, другой воспитатель)

Данные по валидизации методики по всем шкалам: r11=0,56; ро=0,60; п=180; р=Ж=0,01;р<0,01.

ДЗ* — эта часть бланка испытуемым не показывается.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 СХЕМЫ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ СБОРА АНАМНЕЗА И ФОРМУЛИРОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Полуструктурированное интервью с родителями «История развития ребенка»

1-й год жизни

Масса тела ребенка при рождении, крик, характеристики периода новорожденное™, его особенности.

Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода (брали ли на руки, строго ли соблюдали режим, были ли противоречия между ухаживающими). Характер вскармливания, отношение к кормлению ребенка и матери. Психомоторное развитие ребенка и реакция матери на достижения ребенка. Также должны быть отмечены признаки, имеющие отношение к неврологическому состоянию на первом году жизни: наличие мышечной гипо- или гипертонии, частые срыгивания, дрожание (тремор) рук, подбородка, слишком ранние сроки вставания на ноги (до 7 месяцев), беспричинные крики, судороги на фоне высокой температуры тела (фебрильные судороги).

Выявляются сроки моторного развития (сроки возникновения новых моторных навыков), их последовательность. Особое внимание должно быть уделено наличию или отсутствию периода ползания и срокам его возникновения.

В таком же ключе (сроки возникновения и последовательность) анализируется и психическое развитие: эмоциональные реакции (первые улыбки, комплекс оживления, появление страха чужого лица), характер манипуляций с игрушками, особенности игровых действий (сопровождение игровых действий вокализацией и соответствующей мимикой). Важным показателем собственно эмоционального развития ребенка в этом возрасте является изменение характера игровой активности в присутствии значимых лиц. Оценивается понимание интонационной стороны речи взрослых, собственно обращенной речи и ее интонации, сроки и особенности собственно речевого развития (гуление, лепет, первые слова, фразы). При оценке речевого развития также отмечаются речевые реакции ребенка и изменения их интенсивности и качества в присутствии взрослых.

Отдельно отмечаются заболевания и(или) травмы первого года жизни. В соответствии с современными теоретическими представлениями (аналитическими, когнитивными) о психическом развитии ребенка трудно переоценить значение информации об этом периоде жизни для анализа последующих этапов развития и возможных проблем ребенка.

Оценка развития ребенка от 1 года до 3 лет

Выявляют, в первую очередь, где находился ребенок в этот период (в домашних условиях с матерью, другими родственниками, например, с бабуш-

кой, с няней или чужими людьми, в дошкольном учреждении, Доме ребенка и т. п.). В случае если ребенка поместили в ясли или детский сад, должны быть отмечены характер и протекание периода адаптации к детскому учреждению и детскому коллективу.

Также отмечают значимые изменения в семейном и социальном статусе родителей, произошедшие в этот период, и их влияние на общее состояние обследуемого ребенка («горизонтальные стрессоры»: развод или смерть одного из родителей, рождение младшего ребенка, переезд на новое место жительства и т. п.).

Анализируют темпы, сроки и особенности речевого развития, в том числе возраст возникновения местоимения «я», появление простых и сложных фраз, качество произношения звуков, элементы словотворчества, освоение соответствующих возрасту знаний и умений. В случаях асинхронного (слишком раннего или слишком позднего) речевого развития анализируют способы привлечения ребенком внимания взрослых, адекватное использование при этом мимики и жестов.

Далее выясняют особенности эмоционального развития и развития коммуникативных навыков: характер привязанности и отношения к близким (в том числе степень независимости от них), особенности игровой деятельности (какие предметы или игрушки вызывали наибольший интерес, в каких условиях и какие действия с ними производились).

Для этого возрастного периода важно также оценить наличие и характер страхов (фобий), их стойкость и соответствие возрасту. В этом же разделе необходимо оценить такой важный показатель эмоциональной стабильности как сон: его особенности в этот период.

Отмечают особенности познавательных интересов (в хорошем настроении возил машинки по полу или интересовался ими и знал огромное количество автомобилей различных марок).

Анализируют сроки и характер развития моторики (умение бегать), возможность производить реципрокные движения (маршировать, лазать вверх и вниз по лестнице, кататься на велосипеде); наличие элементарных бытовых навыков, указывающих на уровень развития мелкой моторики (самостоятельная еда, умение застегивать молнии и завязывать шнурки).

Отмечают сроки формирования самостоятельных навыков опрятности (в первую очередь — когда стали приучать к горшку и насколько трудно проходило формирование этого навыка).

Выясняют (со слов близких или из медицинской карты) особенности состояния здоровья ребенка, на фоне которого протекало его развитие: частота заболеваний, их тяжесть, наличие травм и госпитализаций в этом возрастном периоде. Здесь же отмечают признаки неврологического неблагополучия.

История развития ребенка от 3 до 5—5,5 лет

Основные разделы и показатели психологического анамнеза этого периода тождественны предыдущим. Так же отмечают семейные и социальные условия, основные характеристики познавательного, в том числе речевого,

эмоционального и моторного развития ребенка, состояние его здоровья на этом этапе в целом.

В то же время необходимо отметить «ведущие» показатели развития ребенка в этот период — длительность и тяжесть и особенности протекания «кризиса 3 лет»; адаптация в детском учреждении: умение общаться со сверстниками, приспособление к требованиям социального окружения, наличие специфических реакций на посещение детского учреждения; особенности игры в целом как ведущей деятельности этого возраста.

В связи со свойственной этому возрасту дифференциацией моторных функций должно быть выяснено также наличие фактора леворукости у ребенка или у родственников.

История развития ребенка от 5,5 до 7 лет

Старший дошкольный возраст рассматривается преимущественно как «подготовительный» к дальнейшему обучению в школе.

Несоответствие результатов развития ребенка успехам других детей или непохожесть его на других, проблемы, возникшие в этот период, или нарастание ранее имевшихся трудностей, как с точки зрения поведения, так и с точки зрения познавательного развития. Также важно отметить уровень «готовности» к школьному обучению (знал ли буквы, умел ли читать по слогам, был ли прямой счет до 10). Необходимо выяснить такие особенности, как повышенная истощаемость внимания, темповые особенности ребенка (быстрый-медленный, пунктуальный), повышенная возбудимость и трудности регуляции собственного поведения на фоне или без явных признаков истощения, эмоциональная лабильность (неустойчивость настроения, легкость перехода от смеха к слезам и наоборот).

Точно так же, как и для предыдущих периодов, важно отметить в дошкольном возрасте наличие частых респираторных заболеваний или обострение хронических, тяжелых инфекционных заболеваний, травм, хирургических операций, в той или иной степени повлиявших на психической развитие ребенка. Взаимоотношения с матерью, отцом (в треугольнике), сверстниками. Способность к ролевой игре; желание и умение рисовать. Если ребенок посещал детский сад, то как строил взаимоотношения с воспитателями, детьми. Сон ребенка, наличие страхов, «кошмаров». Заболевания, психические травмы, реакция на них.

Готовность ребенка к школе в познавательной, коммуникативной, волевой сферах, «школьная зрелость».

Развитие ребенка в младшем школьном возрасте (от 7 до 10-11 лет)

Отмечают характер процесса адаптации к регулярному обучению (трудности адаптации, трудности поведения, непереносимость нагрузок) и собственно трудности овладения программным материалом по отдельным предметам. Необходимо отметить сроки и условия возникновения трудностей, например: невозможность работать в условиях обучения в классе, в ситуации увеличения объема нагрузки и темпа прохождения материала к концу 2-й четверти 1-го класса по программе (1-3). Отмечают возникновение

сопутствующих проблем (энуреза, тиков, заикания, выраженной двигательной расторможенности и неуправляемости), анализируют причины их появления (например, возникновение тиков или заикания при устных ответах у доски перед всем классом в ситуации нарастания проблем адаптации ребенка в классе).

Необходимо попытаться выяснить у родителей, какие, с их точки зрения, социальные или семейные стрессовые события предшествовали или сопровождали возникновение такого рода проблем («горизонтальные стрессоры»).

Есть ли контакты у родителей с учителями или они находятся в конфронтации?

Отношения с ровесниками также могут влиять на появление эмоциональных и поведенческих расстройств у младших школьников. Следует расспросить, кто является близким приятелем, чем они вместе занимаются. Как ребенок себя чувствует в неформальной группе?

Также следует оценить влияние частоты пропусков занятий по болезни и общего состояния здоровья ребенка на нарастание проблем обучения и поведения, а также обратить внимание на наличие травм, госпитализаций и т. п., как возможных причин школьной дизадаптации.

Особенности подросткового возраста

Физическое состояние: рост, масса тела, физические особенности. Соматический статус, включая оценку полового развития. Соответствие физического развития возрасту, ретардация, акселерация.

Характеристика степени личностной зрелости. Временная перспектива (жизненные планы).

Характер общения со сверстниками, наличие реакций эмансипации и группирования.

Характер взаимоотношений в семье с матерью, отцом, другими членами семьи.

Наличие или отсутствие тех или иных форм делинквентного поведения — манкирование школой, нарко-токсикоманические проблемы, сексуальное поведение.

Схема истории болезни

Жалобы. Необходимо структурировать и ранжировать жалобы по их значимости для клиента. Их оценка проводится по следующим параметрам.

1. Субъективные проявления болезни, которые беспокоят клиента или родителя в момент беседы со специалистом. Например, головные боли или манкирование учебой.

2. Проявления болезни, которые на момент беседы с врачом отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически, возникают в течение дня, недели или месяца. Например, ночной энурез возникает 1 раз в месяц.

Симптомы болезни, возникающие только в ответ на специфические внешние факторы (появление навязчивостей после критики матери).

При написании «Истории болезни» жалобы больного группируют в разделе «Жалобы» в соответствии с диагностической концепцией специалиста: вначале указывают специфические жалобы для основной болезни, затем — для ее осложнений, после чего следуют специфические жалобы сопутствующих нарушений, неспецифические жалобы и, наконец, так называемые «нетипичные» жалобы, которые не соответствуют в той или иной мере диагностической концепции. Что касается раздела «История заболевания», то в нем симптомы, фигурировавшие в «жалобах», выстраиваются в хронологическом порядке, поскольку жалобы рассматриваются в динамике. Итак, в разделе «Жалобы» отражают беспокоящие больного проявления заболевания безотносительно взаимного их развития во времени, а значит, некоторая статистическая картина болезни, в то время как в «Истории заболевания» описывается (и выясняется при опросе) развитие симптомов во времени, то есть динамика болезни или расстройства поведения.

По симптомам заболевания можно строить первичные гипотезы появления проблем клиента:

— невротический симптом или поведенческая проблема сами по себе диагнозом не являются, так как могут сочетаться с другими симптомами и служить проявлениями любого психиатрического синдрома;

— проблемы зависимости (алкоголь, наркотики, лекарства) может играть определенную роль в возникновении эмоциональных и поведенческих расстройств у детей и подростков;

— резидуальные симптомы общего расстройства развития, а также специфические расстройства развития могут проявляться в виде невротических или поведенческих расстройств, для отличия от последних их именуют неврозоподобными;

— особенности темперамента и личностные расстройства вносят своеобразие в клиническую картину и могут в значительной степени объяснять интенсивность расстройства и его постоянство;

— поведенческие проблемы, синдром дефицита внимания и разнообразные специфические жалобы (такие как тики, заикание и т. д.) могут появляться изолированно, быть симптомами отдельного психического расстройства или отражать психиатрическую коморбидность;

— проблемы адаптации-дизадаптации могут встречаться при всевозможных обстоятельствах. Они могут быть следствием как легких, так и серьезных клинико-психопатологических расстройств, служить проявлением невроза, расстройства личности, эндогенного расстройства. Проблемы адаптации всегда связаны с межличностными отношениями клиента, его экосистемой, а не только с самим клиентом.

Анамнез жизни пациента. Развитие ребенка выясняется вплоть до сегодняшнего дня. Также собираются данные о семейной истории и микросоциальном окружении.

Семейный анамнез.

Прародительские семьи. Генеалогия семьи матери пациента. Генеалогия семьи отца пациента. Характеристики прародительских семей (состав,

особенности характера, взаимоотношения между членами семей, заболевания и т. д.).

Родительская семья. Возраст при вступлении в брак, условия, при которых он заключен, наличие предыдущих браков, причины разводов. Наличие в семье других членов (кто, в каких отношениях, возраст и т. д.). Возраст, состояние здоровья и вид занятий родителей к моменту беременности.

Акушерский анамнез матери. Давность и характер предыдущих беременностей. Предшествующие беременности, их желательность, исход. Наличие абортов, их мотивы, влияние на супружеские отношения родителей. Здоровье родителей к моменту беременности пациентом, ее желательность, ожидания по полу ребенка, совпадения или разочарования кого-либо из родителей в поле ребенка, его внешности, характере. Физическое и психологическое состояние матери в течение беременности, осложнения во время беременности. Отношения между родителями между беременностями; с другими родственниками и членами семьи.

Роды: срочность, продолжительность, отклонения в процессе родов, вмешательства.

Масса тела ребенка ребенка при рождении, крик, характеристика периода новорожденности, его особенности.

1-й год жизни. Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода (брали на руки, строго ли соблюдали режим, были ли противоречия между ухаживающими). Характер вскармливания, отношение к кормлению ребенка и матери. Психомоторное развитие ребенка и реакция матери на достижения ребенка. Сон на 1-м году жизни; реагирование на одиночество; заболевания, психические травмы, отрывы от матери и т. д.

2-й год жизни. Возраст начала ходьбы, развитие речи, навыков опрятности и самообслуживания. Реагирование родителей на достижения ребенка. Характер поощрений и наказаний. Характер игры; способность оставаться в одиночестве, его переносимость. Характер сна. Описание личностных особенностей ребенка. Заболевания и психические травмы 2-го года.

3—4 года. Взаимоотношения с матерью и отцом, характер игры; способность к сюжетной игре. Развитие познавательной сферы, интересов, степень и качество самообслуживания. Особенности поведения с матерью, отцом, другими членами семьи. Переносимость критики. Умение играть в одиночестве, с родителями, другими детьми. Наказания и поощрения, их переносимость. Характеристика сна. Заболевания и психические травмы, их переносимость.

5—6 **лет.** Взаимоотношения с матерью, отЦом (в треугольнике), сверстниками. Способность к ролевой игре; рисунки. Если ребенок посещал детский сад, как строил взаимоотношения с воспитателями, детьми. Сон ребенка, наличие страхов, «кошмаров». Готовность ребенка к школе в познавательной, коммуникативной, волевой сферах, «школьная зрелость». Заболевания, психические травмы, реакция на них.

7—12 лет. Особенности построения взаимоотношений по вертикали и горизонтали. Развитие познавательной сферы, сферы интересов, сферы обще-

ния. Особенности характера. Заболевания и психические травмы, их переносимость.

12—15 лет. Особенности взаимоотношений в семье, со сверстниками своего и противоположного пола. Развитие познавательной сферы. Характер интересов.

Характеристика личностных особенностей ребенка. Заболевания, психические травмы, реакция на них. Характер пациента по его собственному описанию, со слов каждого из родителей, со слов других членов семьи, друзей, педагогов и т. д. Наличие или отсутствие резкого изменения характера.

Анамнез заболевания. Время возникновения. Связь с особенностями жизни и деятельности, с другими заболеваниями и факторами жизни (особенно психогенными). Наличие «светлых промежутков» (без симптомов), с чем, по мнению пациента, они связаны. Что изменилось в жизни пациента и его семьи с появлением симптомов в лучшую сторону, а что в худшую.

Психиатрическое обследование после анализа жалоб, сбора анамнеза должно сопровождаться описанием психического статуса пациента примерно по следующей схеме с вариантами формулировок по разделам.

Сознание (ориентировка в собственной личности, месте, времени).

Поведение, внешний вид (особенности позы, мимики, жестов, выражение лица, манера держаться, странности в поведении). Психомоторное поведение. Мимика скудная (живая). Выражение лица (веселое, грустное, угрюмое, злобное, задумчивое). Жестикулирует активно (мало, сидит без движения). Двигательно заторможен.

Контакт, его характер. «Продуктивному контакту не доступен. На обращенную к нему речь реагирует медленно. На вопросы не отвечает». Невербальные признаки коммуникации (пассивное, агрессивное или уверенное поведение). Характеристика сферы общения пациента.

Настроение (описание). Аффекты. Следует наблюдать за такими аффектами как тревога, депрессия, страх, чувство вины, агрессия, апатия, депрессия. Эмоциональная сфера, вегетативный компонент эмоций, их устойчивость, выразительность. «Ребенок безразличен к своему состоянию (эмоционально устойчив, тревожен, сильно взволнован). Боится темноты (высоты, полетов на самолете, толпы, открытых пространств, тяжелого заболевания)». Суицидные мысли и намерения.

Познавательная сфера. Внимание (устойчивость, переключаемость, отвлекаемость, привлекаемость, истощаемость). Память (кратковременная, долговременная, наличие патологических нарушений памяти).

Характеристика мышления: 1) по темпу; 2) по структуре; 3) по наличию (отсутствию) продуктивных нарушений. «Ребенок отмечает состояния, при которых ему трудно справиться с потоком мыслей (происходит внезапный обрыв мыслей, возникает чувство пустоты в голове, провал, закупорка мыслей); иногда бывают состояния, при которых он перестает узнавать слова при чтении, плохо понимает значение длинных фраз». «Иногда бывают мысли о том, что он может сказать или сделать что-то против своей воли, ударить кого-нибудь (по какому-нибудь предмету), выкрикнуть какую-

нибудь непристойность (ругательство)». «Подросток склонен к бесплодному мудрствованию, нелепым обобщениям».

Конкретность-абстрактность мышления, умение определять сходства, различия, исключение лишнего, составлять рассказ, последовательность по сюжетным картинкам или по программному материалу, читать стихи, понимать метафоры, «крылатые» выражения, пословицы и поговорки; счет в прямом и обратном порядке, чтение и письмо.

Оценка интеллекта. Запас общих сведений и представлений об окружающем мире. Суждения и критика. Для оценки способности ребенка к правильному суждению и критике можно спросить его, что, по его собственному мнению, вызвало необходимость консультации, как ребенок относится к отклонениям в поведении, кто и что ему может помочь.

Наличие психотических симптомов — галлюцинаций, бреда, расстройств восприятия. «Ребенок слышит голоса, которые звучат внутри, носят дружелюбный характер». «Он слышит обоими ушами (одним ухом), если он затыкает уши, то продолжает (перестает) их слышать».

«Он стал чувствовать, что обычная пища изменяет свой вкус, вкусовые ощущения испытывает в связи с приемом пищи. Он отмечает ощущение инородного тела на коже (внутри живота, в голове). Подросток испытывает ощущения, когда окружающие предметы кажутся ему искаженными (странными, непохожими на себя, расположенными на более дальнем (близком) от него расстоянии, совсем незнакомыми). Отмечает, что форма предметов необычная (уменьшенная, увеличенная), испытывает состояние «уже виденного». «Ребенок ощущает временами уменьшение (увеличение) своего тела (частей тела) при закрытых (открытых) глазах. Он отмечает чуждость собственных мыслей, чувств. События, происходящие с ним, наблюдает как бы со стороны».

Самооценка. Адекватная, низкая, колеблющаяся, зависимая от внешних оценок. Вопреки широко распространенному мнению, мы не выделяем завышенную самооценку. Высказывания клиентов типа «Я особенный..., никто не способен на то, что делаю я, ... у меня много идей, ... особенный темперамент...» — есть отражение пониженной самооценки, прошедшей гиперкомпенсаторную трансформацию [Эйдемиллер Э. Г., 2003].

Особенности личности ребенка. Характеристика степени личностной зрелости. Временная перспектива (жизненные планы). «Условная приятность» симптомов. Внутренняя картина болезни (как понимает пациент свои симптомы, их значение). Объяснение (понимание) родственников (матери, отца, других родственников) по тем же критериям. Изучение общей картины проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эгосинтонное расстройство). Знает ли ребенок причину обращения к специалисту, может ли он прямо обсуждать эту тему или это следует делать опосредованно (через разговоры и игру, рисунки, методику взаимного рассказывания сказок, использования психодиагностических методов).

Ресурсы и положительные особенности ребенка. Подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапии. Получение информации о мотивации пациента к изменениям.

Физическое состояние: рост, масса тела, физические особенности. Соматический статус, включая оценку полового развития.

Неврологический статус. Функции ЦНС. Необходимо исследовать даже легкие нарушения речи, грубой и тонкой моторики, распознавание правой и левой стороны, снижение мышечного тонуса, обращать внимание на нистагм, косоглазие, асимметрию рефлексов, право- или леворукость, предпочитаемую ногу, тремор, глазодвигательные реакции, гиперкинезы и общий уровень активности, манеру общения. Пространственно-временные представления, их сформированность.

Заключение должно отражать диагноз, необходимость проведения дифференциального диагноза. В случае проведения психодиагностического исследования указать необходимость изучения конкретных психических функций, например, мышления. Кроме того, заключение должно отражать план лечения и реабилитации.

План описания психического статуса детей и подростков

Поведение, внешний вид больного. Доступность (малодоступен, внешне доступен). Манера себя держать (спокоен, волнуется, смущен и т. д.). Особенности позы, выражения лица, взгляда, мимики. Речь (запас слов, манера говорить и другие особенности — медленная, скороговорка, с задержкой, дефекты). Естественен, манерен, жеманен, робок и т. д. Вежлив, груб, любезен. Общителен, замкнут, упрям, безразличен, негативистичен. Разговорчив, неразговорчив, запинается, заикается, употребляет заученные слова-штампы. Проявляет доверие, недоверие. Своеобразные манеры. Странности в поведении.

Сознание, ориентировка в окружающем. Ориентировка в месте, времени, окружающих. Анализ собственного состояния. Наличие формальных психических расстройств: галлюцинации, бред. Сведения о прошлом (для характеристики личности). Планы на будущее.

Отношение к данному учреждению. Охотно ли остался, как быстро привык и ассимилировался. Поведение в первые дни.

Психомоторная сфера. Излишняя подвижность (суетлив, постоянное двигательное беспокойство, болтлив и т. д.); малоподвижность (заторможенность, угловатость), двигательное спокойствие, порывистость. Дать задание написать короткую фразу обычным темпом и быстро, определить разницу в скорости.

Осанка: естественная, напряженная, манерная, свободная, скованная.

Движения: свободные, плавные, сдержанные, порывистые. Обилие или бедность движений.

Мимика: живая, невыразительная.

Улыбка: смущенная, неадекватная речи и др.

Голос: богатый интонациями, тусклый.

Социальная установка. Сливается ли с детским коллективом или стоит особняком. Отношение к товарищам и персоналу. Открытый, общительный, замкнутый, скрытный, избирательно общителен; доверчивый, недоверчивый, озлобленный, неискренний, льстивый, энергичный, боязливый, мнительный, юморист, подтрунивает над собой.

Преобладающий эмоциональный тонус и его устойчивость. Преобладающее настроение: спокойное, веселое, угрюмое, раздражительное и др. Расстройства настроения: повышенное или подавленное. Лабильность эмоционального тонуса. Наклонность к сменам настроения, спонтанные и реактивные смены настроения. Продолжительность и частота этих смен, периодичность.

Возбудимость: повышенная или пониженная эмоциональная возбудимость. Адекватность эмоциональной возбудимости, количественная и качественная. Патологическое усиление эмоциональной возбудимости (сенситивность, плаксивость, пугливость, страхи).

Способность задерживания и переработки эмоциональных переживаний: продолжительность переживаний (долго помнит обиду, горе или быстро забывает). Неустойчивость эмоций. Патологически длительные переживания, вязкость и длительность аффекта. Наклонность к застреванию на отдельных переживаниях. Наличие навязчивых эмоций.

Способность отреагирования эмоциональных переживаний: быстрота отреагирования эмоций. Наклонность к аффективным вспышкам, к формированию эмоциональных комплексов.

Аффекты злобы, гнева, тоски, страха. Сила и продолжительность аффекта, достигают ли они степени патологического, то есть приводят ли к сужению сознания. Физиологические проявления аффекта (вазомоторные и двигательные) — плач, рыдания, резкое покраснение, дрожь, топот ногами, ругань, драки, крик, уединение, швыряние предметов.

Формальные особенности эмоциональной реакции: единство и цельность эмоциональной реакции. Расщепленность, амбивалентность эмоций. Причудливость и противоречивость эмоциональных проявлений. Влечение к самоутверждению. Повышенное самолюбие, стремление выделиться. Стремление к рисовке, позе. Эгоцентризм. Забота о собственной выгоде. Эгоизм, жадность, корыстолюбие. Агрессивность, драчливость, жестокость. Влечение к пище (лакомка, обжора). Сексуальность: онанизм, интерес к противоположному или своему полу, другие формы. Привязанность к родным, близким. Доброта, нежность, сострадательность, ласковость. Злобность, грубость, дерзость, злопамятность, злорадство. Влечения: основные, аффективные, импульсивные, направляющие поведение. «Общественные» чувства: чувство товарищества, ответственности, совестливости, принципиальности. Эстетические чувства, связанные с музыкой, живописью, литературой, театром и т. д. Эмоции, связанные с интеллектуальной работой (удовольствие, неудовольствие). Повышенная импульсивность, раздражительность, поступки по типу «короткого замыкания». Преобладание обдумывания. Систематичность, последовательность в действиях. Длительная борьба мотивов. Способность к задержке — нерешительность.

Характер реакции: стеничный, астеничный, лабильный. Стеничность — активность, решительность, энергичность (самоуверенность, самонадеянность, стремление быть вожаком, сопротивляемость внешним влияниям). Астеничность — пассивность, нерешительность, неуверенность в себе, мягкость и уступчивость внешним влияниям.

Сопротивляемость внешним влияниям: легкая внушаемость, подражательность, автоматическая подчиняемость. Повышенная сопротивляемость требованиям окружающих. Упрямство, негативизм (пассивный, активный).

Патологические проявления: каталепсия, стереотипии, эхолалия, эхопраксия. Навязчивые действия, импульсивные действия. Антисоциальные поступки: ложь, воровство и др.

Работоспособность и интеллектуальная активность: установка в работе. Кривая работоспособности (продуктивнее в начале, в середине, к концу). Темп работы (медленный, быстрый, средний, неровный). Способность к напряжению в интеллектуальной или физической работе. Неусидчивость в работе (не доводит до конца). Неряшливость, аккуратность, педантичность в исполнении. Как быстро утомляется, в чем проявляется утомление. Равномерен ли в работе или отмечается периодически изменяющаяся работоспособность и с чем это связано. Нерешительный, неуверенный, ищет поддержки, сам себя ободряет, спонтанно нуждается в побуждениях. Выполняет работу спокойно, горячо, педантично, несерьезно, серьезно. Самопроверка, сознание неудачи, устремленность на цель. Обходит трудности, задерживается на них, не замечает препятствий, другие варианты, своеобразие.

Внимание. Привлекаемость внимания. Сила сосредоточения, устойчивость, истощаемость. Распределенность внимания, его объем. Преобладающее внимание — пассивное, активное. Результаты экспериментального исследования.

Восприятие: обилие и богатство восприятия, точность или расплывчатость, поверхностность.

Память: быстрота и точность запоминания, ретенция. Точность воспроизведения, тип памяти.

Ассоциативные процессы: обилие ассоциаций. Быстрота ассоциативного процесса. Преобладающий характер ассоциаций. Координированность. Наличие направленных ассоциаций. Разорванность, побочные ассоциации. Персерверации, застревания.

Мышление: тип мышления. Наклонность к абстрактному или конкретному типу. Установление различия и сходства по существенным / несущественным признакам. Способность к оперированию отвлеченными понятиями. Наклонность к резонерству. Влияние эмоций на суждения (объективность мышления). Сметливость, находчивость, способность к комбинированию.

Воображение: богатство, бедность (написать любые 25 слов).

Круг представлений об окружающем мире: явлениях природы, событиях культуры, увлечения и т. д.

Общий уровень интеллектуального развития по психическому статусу и по методикам.

Схема написания клинико-психотерапевтического заключения

Повод обращения. Кто направил. Жалобы. Изучение общей картины проблем (симптомов) пациента, его отношения к ним (эго-дистонное, эго-синтонное расстройство).

Уровень 1. Проблемы с внешним социальным окружением. Первый уровень рассматривает проблемы членов семьи в контексте социальных связей. Он охватывает среди прочего занятия в школе или работу членов семьи, отношения с более дальними родственниками, друзьями, знакомыми, соседями, жилищные условия и доходы семьи. Гипотезы этого уровня объясняют возникновения психологической проблематики неблагоприятными факторами внешней среды. Например, травля ребенка одноклассниками, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность семьи, насилие на улице и другие варианты травмирующей или обедненной внешней среды. Это традиционная область социальной психиатрии, социальных работников, служб занятости, классных руководителей, комиссий по делам несовершеннолетних. Примеры отягощающих факторов микросоциального окружения: дискриминация одного из членов семьи, миграция или эмиграция семьи, хронические интерперсональные трудности коммуникации в школе или на работе, конфликтные отношения с одноклассниками или коллегами, роль «козла отпущения», хронический стресс в работе.

Уровень 2. Проблемы в семейной системе. На этом уровне рассматриваются проблемы семьи как естественной группы. Симптоматическое поведение идентифицированного пациента анализируется как следствие нарушений функционирования всей семьи или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальных характеристиках членов семьи, а на их взаимодействии и структурных особенностях семейной организации. Придается большое значение сбору семейного анамнеза. Структура семьи. Иерархия. Сплоченность. Границы. Коммуникация. Треугольник как единица оценки семейной системы. Коалиции. Стадия жизненного цикла. Семейная история. Горизонтальные и вертикальные стрессоры.

Уровень 3. Когнитивные и поведенческие проблемы. Они охватывают нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения пациента, объясняемые с позиции теории обучения. Контакт. Невербальные признаки коммуникации. Пассивное (пассивно-агрессивное), агрессивное или уверенное поведение. Развитость социальных навыков. Характеристика сферы общения пациента. Самооценка: адекватная, низкая, завышенная. Способность к адаптации, устойчивость к стрессу. Копинг-механизмы (механизмы совладания с трудностями и со стрессом). Аффекты. Следует особо описать такие аффекты, как тревога, депрессия, страх, чувство вины, апатия, депрессия. Мотивы поведения. Надо исследовать мотивы поведения, особенно в сексуальной сфере и сфере агрессии. Обратить внимание на иерархию мотивационно-потребностной сферы, выяснить блокировку основных потребностей, определить временную перспективу. Характеристика степени

личностной зрелости. «Условная приятность» симптомов. Суицидные мысли и намерения. Ресурсы и положительные особенности ребенка.

Уровень 4. Эмоциональные конфликты с аспектами бессознательного. Для данного уровня наиболее частым диагнозом является «невроз» или «невротический конфликт». Эмоциональные расстройства имеют осознаваемую сторону и неосознаваемую, или «двойное дно». В этих случаях стороннего наблюдателя поражают противоречия и неадекватные реакции. Защитные системы. Наличие защиты можно изучать по наличию или отсутствию фобий, обсессивно-компульсивного поведения. Невротические механизмы защиты — бессознательные способы редукции эмоционального напряжения. Выявление специфических автоматических мыслей, предшествующих отрицательным эмоциям или дезадаптивному поведению (связь между иррациональными установками и поведением).

Уровень 5. Нарушения развития и личностные расстройства. Здесь формируются длительные и глубинные свойства и отклонения. Это касается различных аспектов, как «искаженного», так и «поврежденного» развития, к ним относятся аутизм, расстройства личности, а также специфические аномалии развития. Гипотезы на этом уровне не дают оснований для терапевтического оптимизма.

Уровень 6. Биологические нарушения. На этом уровне при наличии оснований формулируется гипотеза, когда биологические факторы являются ведущими в происхождении симптоматического поведения. Помощь на этом уровне является в основном медикаментозной.

Заключение.

Функция симптомов в семейной системе. Получение информации о мотивации пациента и семьи к изменениям. Подчеркивание наиболее важных проблем, которые могли бы послужить ключом к психотерапии. Планирование психотерапии. Цели психотерапии, этапы терапии, возможные терапевтические процедуры в начале работы со всей семьей и отдельным пациентом. Число сеансов.